



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**



ΔΙΠΛΩΜΑΤΙΚΗ ΕΡΓΑΣΙΑ

Πρόληψη παιδικών ατυχημάτων στο σπίτι σε παιδιά προσχολικής ηλικίας. Διερεύνηση της γνώσης των γονέων.

ΝΤΑΛΑ ΕΙΡΗΝΗ

Μεταπτυχιακή φοιτήτρια

ΤΡΙΜΕΛΗΣ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΤΙΚΗ ΕΠΙΤΡΟΠΗ

Σκεντέρης Νικόλαος, Αν. Καθηγητής Παιδιατρικής Παν. Θεσσαλίας. Επιβλέπων καθηγητής

Κοτρώτσιου Στυλιανή, Επίκουρος Καθηγήτρια του Τμήματος Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Θεσσαλίας. Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Παραλίκας Θεοδόσης, Επίκουρος Καθηγητής του Τμήματος Νοσηλευτικής του ΤΕΙ Θεσσαλίας. Μέλος Τριμελούς Επιτροπής

Λάρισα, 2017



**ΠΑΝΕΠΙΣΤΗΜΙΟ ΘΕΣΣΑΛΙΑΣ
ΣΧΟΛΗ ΕΠΙΣΤΗΜΩΝ ΥΓΕΙΑΣ
ΤΜΗΜΑ ΙΑΤΡΙΚΗΣ
ΠΡΟΓΡΑΜΜΑ ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΩΝ ΣΠΟΥΔΩΝ
ΠΡΩΤΟΒΑΘΜΙΑ ΦΡΟΝΤΙΔΑ ΥΓΕΙΑΣ**



Home Injury Prevention in Preschool Children. Investigating the parents' knowledge.

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

Ευχαριστίες	5
ΠΕΡΙΛΗΨΗ	6
ABSTRACT	7
ΕΙΣΑΓΩΓΗ	8
Α. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1	
ΑΤΥΧΗΜΑ	10
1.1 Ορισμός ατυχήματος	10
1.2 Ταξινόμηση ατυχημάτων	11
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2	
ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ	15
2.1 Συχνότητα ατυχημάτων προσχολικής ηλικίας	15
2.2 Παράγοντες κινδύνου ατυχημάτων προσχολικής ηλικίας.....	17
2.3 Πτώσεις	21
2.4 Εγκαύματα.....	22
2.5 Δηλητηριάσεις.....	23
2.6 Εισρόφηση ξένων σωμάτων	25
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3	
ΠΡΟΛΗΨΗ	26
3.1. Πρόληψη παιδικών ατυχημάτων	26
3.2 Πρόληψη αποφυγής πτώσεων	27
3.3 Πρόληψη εγκαυμάτων.....	27
3.4 Πρόληψη δηλητηριάσεων	28
3.5 Πρόληψη αποφυγής εισρόφησης ξένων σωμάτων.....	29

3.6 Ο ρόλος της επίβλεψης.....	30
B. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ	31
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4	
ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ	32
4.1 Σκοπός.....	32
4.2 Υπο μελέτη πληθυσμός	32
4.3 Σύνταξη ερωτηματολογίου.....	32
4.4 Συμπλήρωση ερωτηματολογίων.....	33
4.5 Στατιστική Ανάλυση	34
ΚΕΦΑΛΑΙΟ 5	
ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ.....	35
5.1 Παρουσίαση των συχνοτήτων εμφάνισης των απαντήσεων	35
5.2 Συγκριτική ανάλυση μεταβλητών	49
ΣΥΖΗΤΗΣΗ.....	55
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	58
ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ	62

Ευχαριστίες

Θα ήθελα να ευχαριστήσω όλους εκείνους των οποίων οι υποδείξεις, η βοήθεια και η υποστήριξη υπήρξαν πολύτιμες για την διεκπεραίωση αυτής της εργασίας. Κατ' αρχήν, θα ήθελα να ευχαριστήσω τον Επιβλέποντα Καθηγητή μου κ. Σκεντέρη για την ευκαιρία που μου έδωσε να πραγματοποιήσω την παρούσα εργασία, για τις γνώσεις και τις εμπειρίες που μου μετέδωσε καθ' όλη τη διάρκεια της εκπόνησής της, καθώς και την Τριμελή Επιτροπή. Ακόμη, θα ήθελα να ευχαριστήσω την οικογένειά μου για την ολόψυχη συμπαράσταση και υπομονή της. Αλλά ιδιαίτερα, θα ήθελα να ευχαριστήσω τη μητέρα μου Ελευθερία, για την αμέριστη ηθική της υποστήριξη και την οικονομική της ενίσχυση.

ΠΕΡΙΛΗΨΗ

ΕΙΣΑΓΩΓΗ: Τα ατυχήματα αποτελούν την κύρια αιτία νοσηρότητας και θνησιμότητας παιδιών προσχολικής ηλικίας, με τα περισσότερα να συμβαίνουν στο σπίτι. Τα πιο κοινά ατυχήματα είναι οι πτώσεις, τα εγκαύματα και οι δηλητηριάσεις. Ο κίνδυνος πρόκλησης εξαρτάται από διάφορους παράγοντες, όπως είναι η ηλικία, το φύλο, η γνωστική συμπεριφορά του παιδιού, καθώς και ο τύπος και το μέγεθος της οικογένειας, η ηλικία των γονέων, η εκπαίδευση των γονέων και το χαμηλό κοινωνικοοικονομικό επίπεδο.

ΣΚΟΠΟΣ: Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι να διερευνηθεί η γνώση των γονέων σχετικά με την πρόληψη παιδικών ατυχημάτων στο σπίτι. Μελετήθηκαν τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά των γονέων που επηρεάζουν τη λήψη προληπτικών μέτρων.

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ: Για τη διεξαγωγή της έρευνας και τη συλλογή των δεδομένων συντάχθηκε ερωτηματολόγιο 32 ερωτήσεων. Το αντικείμενο μελέτης αποτελούσαν 200 γονείς που είχαν παιδιά προσχολικής ηλικίας. Η στατιστική ανάλυση έγινε με chi-square.

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ: Τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά των γονέων, όπως η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, η απασχόληση και ο τόπος διαμονής, επηρεάζουν την εφαρμογή των προληπτικών μέτρων. Επιπλέον, όλοι οι γονείς έχουν δώσει βασικές συμβουλές και κανόνες ασφαλείας στα παιδιά τους.

ΣΥΜΠΕΡΑΣΜΑΤΑ: Ο ρόλος των γονέων όσον αφορά τα προληπτικά μέτρα είναι πολύ σημαντικός για τη μείωση της συχνότητας των ατυχημάτων στο σπίτι. Ωστόσο, η πρόληψη των ατυχημάτων στο σπίτι εξαρτάται από τα κοινωνικοδημογραφικά χαρακτηριστικά των γονέων. Οι στρατηγικές πρόληψης ατυχημάτων, που χρησιμοποιούν οι γονείς, είναι: α) η περιβαλλοντική, όπως η αφαίρεση των κινδύνων και η χρήση του εξοπλισμού ασφαλείας, β) η γονεϊκή επίβλεψη και γ) η εκμάθηση κανόνων ασφαλείας.

Λέξεις- κλειδιά: ατύχημα, παιδιά προσχολικής ηλικίας, πρόληψη

ABSTRACT

BACKGROUND: Injuries are the leading cause of morbidity and mortality in preschool children, with most of them occurring in the home. The most common unintentional injuries are falls, burns, and poisonings. The risk of injury is varied by a range of factors such as age, gender, cognitive and behavioral of child as well as, family type and size, parents' age, parental education and low socioeconomic status.

OBJECTIVES: The aim of this study was to evaluate the parents' knowledge of home injury prevention. The parental sociodemographic factors, which affect the taking preventive measures, were studied.

METHODS: Conducting survey and collecting data was used questionnaire of 32 questions. The subjects consisted of 200 parents who had a preschool-age child. Statistical analysis was determined by chi-squared test.

RESULTS: The sociodemographic characteristics of parents such as age, education level, employment and place of residence, influence the application of preventive measures. Furthermore, all parents have given basic safety advice and rules to their children.

CONCLUSIONS: The role of parents' preventive measures is very important in decreasing the incidence of home injuries. However, the home injury prevention depended on sociodemographic factors of parents. The injury prevention strategies, that parents use, are: a) environmental such as hazard removal and safety equipment; b) parental supervision; and c) teaching general safety rules.

Key words: injury; preschool children; prevention

ΕΙΣΑΓΩΓΗ

Στις μέρες μας τα ατυχήματα αποτελούν την κύρια παιδική ασθένεια. Στις αναπτυγμένες χώρες είναι η πρώτη αιτία θανάτου σε παιδιά και εφήβους, αγγίζοντας το 50% των περιπτώσεων θανάτου και ακολουθούν τα κακοήγη νοσήματα και οι συγγενείς ανωμαλίες. Το μεγαλύτερο ποσοστό (60-80%) αφορά παιδιά προσχολικής ηλικίας (<5 ετών) και το 35% του συνόλου συμβαίνουν στο σπίτι και στον περιβάλλοντα χώρο. Ο μειωμένος συντονισμός αδρών και λεπτών κινήσεων σε συνδυασμό με την νοητική εξέλιξη, καθώς και η αυξημένη περιέργεια και η άγνοια κινδύνου, που χαρακτηρίζουν αυτή την ηλικία, καθιστούν τα παιδιά ευάλωτα στην πρόκληση ατυχημάτων [1].

Η πρόληψη των παιδικών ατυχημάτων είναι εφικτή σε μεγάλο βαθμό. Η σωστή και συστηματική πρόληψη μπορεί να μειώσει τον αριθμό και τη σοβαρότητά τους μέχρι και 50% [2]. Κύριο ρόλο στην πρόληψη των παιδικών ατυχημάτων στο σπίτι παίζουν οι γονείς, καθότι είναι υπεύθυνοι για τη διαμόρφωση ενός ασφαλούς περιβάλλοντος και τη συστηματική επίβλεψη του παιδιού.

Στη παρούσα εργασία διερευνάται η γνώση των γονέων όσον αφορά την πρόληψη ατυχημάτων στο σπίτι σε παιδιά προσχολικής ηλικίας. Στο γενικό μέρος γίνεται ευρεία ανασκόπηση του ορισμού, της ταξινόμησης, της συχνότητας, των παραγόντων κινδύνου και των τύπων και της πρόληψης παιδικών ατυχημάτων στο σπίτι. Το ειδικό μέρος περιλαμβάνει το σχεδιασμό και τη μεθοδολογία που χρησιμοποιήθηκε για την πραγματοποίηση της έρευνας και ακολουθεί η παρουσίαση των αποτελεσμάτων και η συζήτηση.

A. ΓΕΝΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 1

ΑΤΥΧΗΜΑ

1.1 Ορισμός ατυχήματος

Μέχρι σήμερα έχουν γίνει αρκετές προσπάθειες για τη διατύπωση ενός κοινά αποδεκτού ορισμού για τον όρο ατύχημα.

Σύμφωνα με τον Παγκόσμιο Οργανισμό Υγείας (Π.Ο.Υ.) με τον όρο ατύχημα ορίζεται «κάθε αιφνίδια και επιβλαβής επίδραση εξωτερικού παράγοντα ή γεγονότος πάνω στον παθόντα, που συμβαίνει ανεξάρτητα από τη θέλησή του και έχει ως αποτέλεσμα την πρόκληση σωματικής ή διανοητικής βλάβης» [3].

Ο Haddon περιγράφει τη σωματική βλάβη ως αποτέλεσμα οξείας έκθεσης του ανθρώπου σε μηχανική, θερμική, ηλεκτρική ή χημική ενέργεια, καθώς και των συνθηκών στέρησης απαραίτητων ενεργειακών στοιχείων και αποθεμάτων για τη λειτουργία του οργανισμού, όπως το οξυγόνο και η θερμότητα [4,5].

Αν και ο ορισμός του Haddon για τις ακούσιες κακώσεις θεωρείται πλήρης υπάρχουν κάποιοι που υποστηρίζουν ότι θα πρέπει να αναθεωρηθεί γιατί υπάρχουν περιπτώσεις όπου οι ακούσιες κακώσεις δεν προκαλούν καμία σωματική βλάβη ή προβλήματα υγείας, όπως συμβαίνει σε περίπτωση που κάποιος καταπιεί ένα κέρμα το οποίο αφαιρείται χωρίς να προκαλέσει κάποιο σοβαρό τραυματισμό.

Στην αμερικάνικη βιβλιογραφία, τα τελευταία είκοσι χρόνια, ο όρος «ατύχημα» αντικαθίσταται από τον όρο «ακούσια κάκωση» ή «κάκωση» (injury) ή «εξωγενής βλάβη», «τραύμα» (trauma), «σωματική βλάβη» (lesion), όπου δεν υπερτονίζεται ο ρόλος του τυχαίου γεγονότος [6]. Αντίθετα, στην ελληνική βιβλιογραφία χρησιμοποιείται συχνότερα ο όρος «ατύχημα» και αναφέρεται στο συμβάν που οδηγεί στη σωματική βλάβη και, κατά συνέπεια, οι δύο όροι έχουν διακριτό εννοιολογικό περιεχόμενο με περιορισμένη επικάλυψη [7].

Ελληνικός όρος	Αγγλικός όρος
Ατύχημα	Accident
Σωματική βλάβη	Lesion
Τραύμα	Trauma
Κάκωση	Injury
Βία	Violence
Αυτοκτονία - Απόπειρα αυτοκτονίας	Suicide - Suicide attempt
Εκούσια - Ακούσια βλάβη	Intentional - Unintentional injury

Πίνακας 1.1 : Συχνότερα χρησιμοποιούμενοι όροι στην περιγραφή ατυχημάτων [7].

Το ατύχημα μπορεί να προκληθεί είτε ακούσια είτε εκούσια. Στα ακούσια ατυχήματα συμπεριλαμβάνονται τα τροχαία ατυχήματα, τα οικιακά και του ελεύθερου χρόνου ατυχήματα, όπως είναι οι πτώσεις, τα εγκαύματα, οι δηλητηριάσεις, οι πνιγμοί, ατυχήματα κατά τη διάρκεια παιχνιδιών και τα εργατικά ατυχήματα. Τα εκούσια ατυχήματα αφορούν την αυτοπρόκλητη βία, δηλαδή τις αυτοκτονίες ή τις απόπειρες αυτοκτονίας και την ετερόκλητη βία που προκαλείται από τρίτους και όχι από τον ίδιο μας τον εαυτό [7].

1.2 Ταξινόμηση ατυχημάτων

Οι σωματικές βλάβες ταξινομούνται σύμφωνα με την κωδικοποίηση της Διεθνούς Ταξινόμησης των Νοσημάτων (International Classification of Diseases, ICD) του Π.Ο.Υ. Με βάση την ένατη αναθεώρηση (ICD-9) οι κακώσεις παρουσιάζονται σε δύο άξονες. Ο ένας άξονας αναφέρεται στην κλινική εικόνα της βλάβης (N code: Nature of injury), και αντιστοιχεί στους κωδικούς N800-N999, ενώ ο άλλος αναφέρεται στο εξωτερικό αίτιο του ατυχήματος, δηλαδή στο μηχανισμό και στις συνθήκες που προκάλεσαν τη βλάβη (Ecode: External cause), και αντιστοιχεί στους κωδικούς E800-E999 [8].

Κωδικοί	Τύπος βλάβης (Ncode)	Κωδικοί	Εξωτερικό αίτιο (Ecode)
N (800 – 829)	Κατάγματα	E (800 - 848)	Ατυχήματα από μεταφορικό μέσο
N (830 - 839)	Εξαρθρήματα	E (850 - 858)	Τυχαία δηλητηρίαση από φάρμακα, ιδιοσκευάσματα και βιολογικές ουσίες.
N (840 - 848)	Διαστρέμματα	E (860 - 869)	Τυχαία δηλητηρίαση από άλλες στερεές ουσίες, υγρές ουσίες, αέρια και ατμούς
N (850 – 854)	Ενδοκρανιακή κάκωση	E (870 - 876)	Ατυχήματα ασθενών κατά τη διάρκεια ιατρικής και χειρουργικής περίθαλψης
N (860 - 869)	Εσωτερική κάκωση θώρακα, κοιλίας, πυέλου		
N (870 – 897)	Ανοιχτό τραύμα		
N (900 - 904)	Κάκωση στα αιμοφόρα αγγεία		
N (910 - 919)	Επιφανειακές κακώσεις		
N (920 - 924)	Μώλωπες		
N (925 - 929)	Συνθλιπτική κάκωση		
N (930 – 939)	Αποτελέσματα ξένων σωμάτων που έχουν εισέλθει από στόμιο		
N (940 - 949)	Εγκαύματα		
N (950 - 957)	Κάκωση νεύρων και νωτιαίου μυελού		
N (958 - 959)	Τραυματικές επιπλοκές - μη καθορισμένες κακώσεις		
N (960 - 979)	Δηλητηρίαση από φάρμακο		
N (980 - 989)	Τοξικές επιδράσεις ουσιών		
N (990 - 995)	Επιδράσεις εξωτερικών αιτίων		
N (996 - 999)	Διάφορες επιπλοκές		

Πίνακας 1.2: Παραδείγματα ταξινόμησης ατυχημάτων σύμφωνα με το ICD-9 ως προς την κλινική εικόνα της βλάβης και το εξωτερικό αίτιο του ατυχήματος [8].

Η τρέχουσα αναθεωρημένη έκδοση της ταξινόμησης είναι η δέκατη (ICD-10), με την οποία επιτυγχάνονται:

- i) Η δυνατότητα κωδικοποίησης διαφορετικών τύπων τραυμαμάτων σε μεμονωμένη περιοχή του σώματος, τομέας S (κωδικοί S00-S99) ή κάλυψης κακώσεων σε πολλαπλές περιοχές του σώματος, τομέας T (κωδικοί T00-T99).
- ii) Η πλήρη κωδικοποίηση διαφορετικών ομάδων εξωτερικών αιτίων, τα οποία διαχωρίζονται σε τέσσερις τομείς (V01-V99, W00-W99, X00-X99 και Y00-Y98).
- iii) Η ταξινόμηση όλων των ατυχημάτων γίνεται με βάση τον τύπο βλάβης και τα εξωτερικά αίτια.
- iv) Η κωδικοποίηση παρέχει και επιπλέον πληροφορίες σχετικά με τον τόπο που συνέβη το ατύχημα και τη δραστηριότητα [9]

Εκτός από το σύστημα ICD-CM υπάρχουν και άλλα πιο αναλυτικά ταξινομικά σχήματα, όπως το NOMESCO, το EHLASS και το ICECI. Ωστόσο, η χρήση τους είναι ακόμα περιορισμένη [3].

Σε πρακτικό επίπεδο, τα ατυχήματα διακρίνονται σε τρεις κύριες κατηγορίες:

1. τροχαία ατυχήματα
2. ατυχήματα οικιακού περιβάλλοντος και ελεύθερου χρόνου (πτώσεις, εγκαύματα, δηλητηριάσεις, πνιγμοί και πνιγμονές, κακώσεις από αθλήματα)
3. εργατικά ατυχήματα [7].

Περιγραφή- Κωδικός	Παραδείγματα
Ατυχήματα μεταφοράς (V01-V99)	V03 Πεζός που τραυματίζεται σε σύγκρουση με αυτοκίνητο, ημιφορτηγό ή κλειστό φορτηγό (βαν)
Άλλες εξωτερικές αιτίες τυχαίων τραυματισμών από ατυχήματα (W00-X59)	W10 Πτώση επάνω σε ή από σκάλες (κλίμακες) και σκαλοπάτια X15 Επαφή με καυτές οικιακές συσκευές
Σκόπιμος αυτοτραυματισμός (X60-X84)	X70 Σκόπιμος αυτοτραυματισμός δια απαγχονισμού, στραγγαλισμού και ασφυξίας
Επίθεση (X85-Y09)	X93 Επίθεση με πυροβολισμό περίστροφου
Γεγονότα χωρίς καθορισμένη πρόθεση (Y10-Y34)	Y10 Δηλητηρίαση από και έκθεση σε μη οπιοειδή αναλγητικά, αντιπυρετικά και αντιρευματικά, χωρίς καθορισμένη πρόθεση
Νόμιμη παρέμβαση και πολεμικές επιχειρήσεις (Y35-Y36)	Y35 Νόμιμη παρέμβαση Y36 Πολεμικές επιχειρήσεις
Επιπλοκές ιατρικής και χειρουργικής φροντίδας (Y40-Y84)	Y83 Χειρουργική επέμβαση και άλλες χειρουργικές πράξεις που προκαλούν παθολογική αντίδραση του ασθενή ή άλλη όψιμη επιπλοκή, χωρίς αναφορά σε ατυχές περιστατικό κατά τη διάρκεια της επέμβασης
Όψιμα αποτελέσματα εξωτερικών αιτιών νοσηρότητας και θνησιμότητας (Y85-Y89)	Y85 Όψιμα αποτελέσματα ατυχημάτων από μεταφορά
Συμπληρωματικοί παράγοντες που σχετίζονται με τις αιτίες της νοσηρότητας και θνησιμότητας που ταξινομούνται αλλού (Y90-Y98)	Y96 Κατάσταση που σχετίζεται με την εργασία (επάγγελμα)

Πίνακας 1.3: Παραδείγματα ταξινόμησης ατυχημάτων σύμφωνα με το ICD-10 [9].

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 2

ΑΤΥΧΗΜΑΤΑ ΠΡΟΣΧΟΛΙΚΗΣ ΗΛΙΚΙΑΣ

2.1 Συχνότητα ατυχημάτων προσχολικής ηλικίας

Οι ακούσιοι τραυματισμοί της παιδικής ηλικίας είναι η κύρια αιτία θανάτου σε παιδιά ηλικίας 1 έως 19 ετών. Κάθε χρόνο, εκτιμάται ότι 8,7 εκατομμύρια παιδιά και έφηβοι από τη γέννησή τους έως την ηλικία των 19 ετών προσκομίζονται στα επείγοντα περιστατικά για ακούσιους τραυματισμούς και πάνω από 9.000 πεθαίνουν κάθε μία ώρα εξαιτίας των τραυματισμών τους, αντιπροσωπεύοντας σχεδόν το 40% όλων των θανάτων αυτής της ηλικιακής ομάδας [10].

Το 2004, καταγράφηκαν 42.000 θάνατοι παιδιών και έφηβων ηλικίας 0-19 ετών λόγω ατυχήματος σε όλη την Περιφέρεια Ευρώπης του Π.Ο.Υ (European report on child injury prevention 2008). Εκτός από τους θανάτους σημειώθηκαν εκατομμύρια περιστατικά σχετικά με την νοσοκομειακή περίθαλψη παιδιών λόγω τραυματισμών [11].

Στην Ελλάδα δεν υπάρχει λεπτομερής και συστηματική καταγραφή της νοσηρότητας των ατυχημάτων της παιδικής ηλικίας και έως εκ τούτου τα στοιχεία δεν είναι πλήρη. Σύμφωνα με το Κέντρο Έρευνας και Πρόληψης των Παιδικών Ατυχημάτων (ΚΕΠΠΑ), υπολογίζεται πως σε κάθε θάνατο από ατύχημα αντιστοιχούν 50 εισαγωγές στο νοσοκομείο και 500 επισκέψεις σε Εξωτερικά Ιατρεία. Με βάση τα δεδομένα που συλλέχθηκαν την περίοδο 1992-2004 στη χώρα μας, παρατηρήθηκαν 1.593 θάνατοι από ακούσια ατυχήματα παιδιών ηλικίας 0-14 ετών, από τους οποίους οι 874 οφείλονται σε τροχαία, οι 135 σε πνιγμούς, οι 82 σε πτώσεις, οι 47 σε εγκαύματα, οι 23 σε δηλητηριάσεις, ενώ οι αιτίες για τους υπόλοιπους 432 θανάτους δεν έχουν διευκρινιστεί [11].

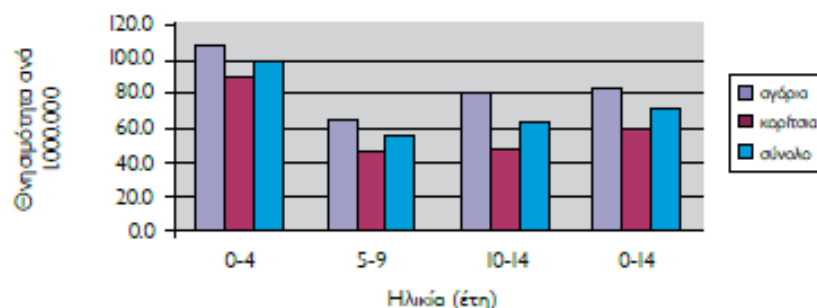
Ο τύπος των ατυχημάτων διαφέρει ανάλογα με την ηλικία. Στη βρεφική ηλικία κατά σειρά συχνότητας παρατηρούνται ατυχήματα από πτώση, από εισρόφιση ξένου σώματος και ασφυξία, από δηλητηριάσεις και τέλος από εγκαύματα. Ομοίως, στην προσχολική ηλικία οι πτώσεις κατέχουν την πρώτη θέση και ακολουθούν τα εγκαύματα και οι δηλητηριάσεις. Στη σχολική ηλικία πρωταρχικό ρόλο έχουν τα τροχαία ατυχήματα με το παιδί πεζό, επιβάτη, ή ποδηλάτη και ακολουθούν ο πνιγμός και τα εγκαύματα, ενώ σπάνια παρατηρούνται δηλητηριάσεις. Στην εφηβική ηλικία, μετά τα τροχαία, είναι τα

ατυχήματα από αθλήματα, ο πνιγμός, τα εγκαύματα και ακολουθούν τα ατυχήματα από χρήση αλκοόλ και ναρκωτικών και οι απόπειρες αυτοκτονίας [12].

Έχει παρατηρηθεί, λοιπόν, ότι τα περισσότερα παιδικά ατυχήματα, μετά τα τροχαία, συμβαίνουν μέσα ή γύρω από το σπίτι όπου τα παιδιά περνούν τις περισσότερες ώρες της ημέρας [13], ο κίνδυνος των οποίων αυξάνεται κατά την προσχολική ηλικία, όπου τα παιδιά αποκτούν κινητική αυτονομία. Έρευνες δείχνουν ότι οι τραυματισμοί παιδιών προσχολικής ηλικίας είναι υπεύθυνοι για 750.000 θανάτους και για 400 εκατομμύρια σοβαρούς τραυματισμούς ετησίως [14].

Σε έρευνα όπου μελετήθηκαν 16 ευρωπαϊκές χώρες και τα παιδιά χωρίστηκαν σε τρεις ηλικιακές ομάδες (<1 ετών, 1-4 ετών, 5-9 ετών και 10-14 ετών), παρατηρήθηκε ότι τα περισσότερα θανατηφόρα ατυχήματα στην ηλικία 1-4 ετών συνέβησαν στο σπίτι, αγγίζοντας το 42% του συνόλου των ατυχημάτων. Τα συνηθέστερα μέρη μέσα στο σπίτι όπου συμβαίνουν ατυχήματα είναι η κουζίνα, το μπάνιο, το υπνοδωμάτιο, τα σημαντικότερα αίτια των οποίων είναι οι πτώσεις, τα εγκαύματα και οι δηλητηριάσεις [15].

Σχετικά με το φύλο των παιδιών, σε παγκόσμιο επίπεδο, τα ποσοστά θνησιμότητας των παιδιών προσχολικής ηλικίας είναι περίπου τα ίδια και για τα δύο φύλα [2]. Αντίθετα, στη χώρα μας τα αγόρια ηλικίας 0-4 ετών εμφανίζουν υψηλότερους συστηματικά δείκτες θνησιμότητας σε σύγκριση με τα κορίτσια της ίδιας ηλικιακής ομάδας [11].



Γράφημα 2.1: Θνησιμότητα παιδικών ατυχημάτων ανά 1.000.000 παιδιά (0-14 έτη) [11].

2.2 Παράγοντες κινδύνου ατυχημάτων προσχολικής ηλικίας

Έχουν μελετηθεί διάφοροι παράγοντες που συσχετίζονται με τον αυξημένο κίνδυνο ατυχήματος σε παιδιά, μερικοί εκ των οποίων αναφέρονται σε συγκεκριμένα ατομικά χαρακτηριστικά π.χ. φύλο, ηλικία, ενώ κάποιοι άλλοι επηρεάζονται από το περιβάλλον και τη συμπεριφορά [16].

- **Ηλικία**

Η αύξηση των ατυχημάτων στην προσχολική ηλικία οφείλεται στο αναπτυξιακό στάδιο εμπειρίας. Τα παιδιά χαρακτηρίζονται από ανωριμότητα και απειρία. Η περιέργεια και οι εξερευνητικές τάσεις, που τα χαρακτηρίζουν δε συμβαδίζουν συνήθως με την ωριμότητα που απαιτείται για την αξιολόγηση των κινδύνων και την ανάπτυξη ικανοτήτων αποφυγής τους. καθώς αδυνατούν να ελέγξουν τις παρορμήσεις τους και να προβλέψουν ή να κατανοήσουν τα επακόλουθα των πράξεών τους.

Το παιδί σε αυτήν ηλικία αρχίζει πλέον να κινείται ελεύθερα. Ωστόσο, υπάρχει μειωμένος συντονισμός των κινητικών λειτουργιών και ειδικά της λεπτής κινητικότητας. Εξίσου σημαντικό ρόλο παίζει η νοητική εξέλιξη του παιδιού. Τα παιδιά αδυνατούν να κατανοήσουν και να αξιολογήσουν τους κινδύνους των πράξεων τους. Συνήθως, εκτιμούν το μέγεθος των αντικειμένων αλλά και των προσώπων με μόνο κριτήριο το ύψος τους ή δεν μπορούν να διαχωρίσουν το πραγματικό από το φανταστικό αφού η ικανότητα της διαφοροποίησης και της πολυδιάστατης αντίληψης των ερεθισμάτων που δέχονται από το περιβάλλον δεν έχει αναπτυχθεί πλήρως [17,18].

- **Φύλο**

Ένας άλλος παράγοντας που επηρεάζει τη συχνότητα και τον τύπο του ατυχήματος είναι το φύλο, ειδικά μετά το πρώτο έτος ζωής [19]. Τα αγόρια είναι συνήθως πιο ζωντανά, ανήσυχα και επιθετικά από ότι τα κορίτσια με αποτέλεσμα να είναι πιο επιρρεπή στα ατυχήματα. Σχετικά με τον τύπο του ατυχήματος έχει παρατηρηθεί ότι τα ατυχήματα που έχουν σχέση με την αδρή κινητικότητα του παιδιού, όπως είναι οι πτώσεις, πιθανόν να οφείλονται στο διαφορετικό ρυθμό της κινητικής και νοητικής ανάπτυξης των δύο φύλων κατά τα δύο πρώτα έτη ζωής, ενώ στα ατυχήματα τα οποία έχουν σχέση με τη λεπτή κινητικότητα όπως είναι τα εγκαύματα, δεν παρατηρήθηκε καμία διαφορά ανάμεσα στα δυο φύλα [20].

▪ Χαρακτηριστικά Συμπεριφοράς

Υπάρχει σημαντική συσχέτιση των χαρακτηριστικών συμπεριφοράς των παιδιών με τον αυξημένο κίνδυνο τραυματισμού [21]. Προηγούμενες μελέτες υποστηρίζουν ότι τα χαρακτηριστικά συμπεριφοράς των παιδιών θα πρέπει να θεωρηθούν ως δυνητικός παράγοντας πρόβλεψης στην έρευνα σχετικά με τα παιδικά ατυχήματα. Μελέτες αναφέρουν ότι η επιθετική συμπεριφορά αυξάνει τον κίνδυνο παιδικών τραυματισμών [22]. Εκτός από την επιθετικότητα άλλα χαρακτηριστικά που έχουν συσχετισθεί με τον αυξημένο κίνδυνο ατυχημάτων είναι η υπερκινητικότητα, η παρορμητικότητα, η ιδιοσυγκρασία, η ψυχосύνθεση των παιδιών [23].

▪ Φυσικό περιβάλλον

Εξίσου σημαντικό ρόλο στην πρόκληση ατυχημάτων παίζει το φυσικό περιβάλλον μέσα στο οποίο το παιδί ζει και μεγαλώνει. Σε παιδιά προσχολικής ηλικίας τα ατυχήματα συμβαίνουν ως επί το πλείστον μέσα στο σπίτι όπου περνούν και τις περισσότερες ώρες της ημέρας. Ένα μη σωστά διαμορφωμένο περιβάλλον όπως για παράδειγμα η μη ύπαρξη προστατευτικών στα παράθυρα και στα μπαλκόνια ή η ύπαρξη φθαρμένων καλωδίων αυξάνουν τον κίνδυνο πρόκλησης ατυχημάτων.

Ο Dal Santo και οι συν. (2004), βρήκαν ότι τα παιδιά προσχολικής ηλικίας των οποίων τα σπίτια χρειάζονταν επισκευή εμφάνιζαν 3.8 φορές μεγαλύτερο κίνδυνο τραυματισμού από τα παιδιά που δεν είχε ανάγκη επισκευής το σπίτι τους [21].

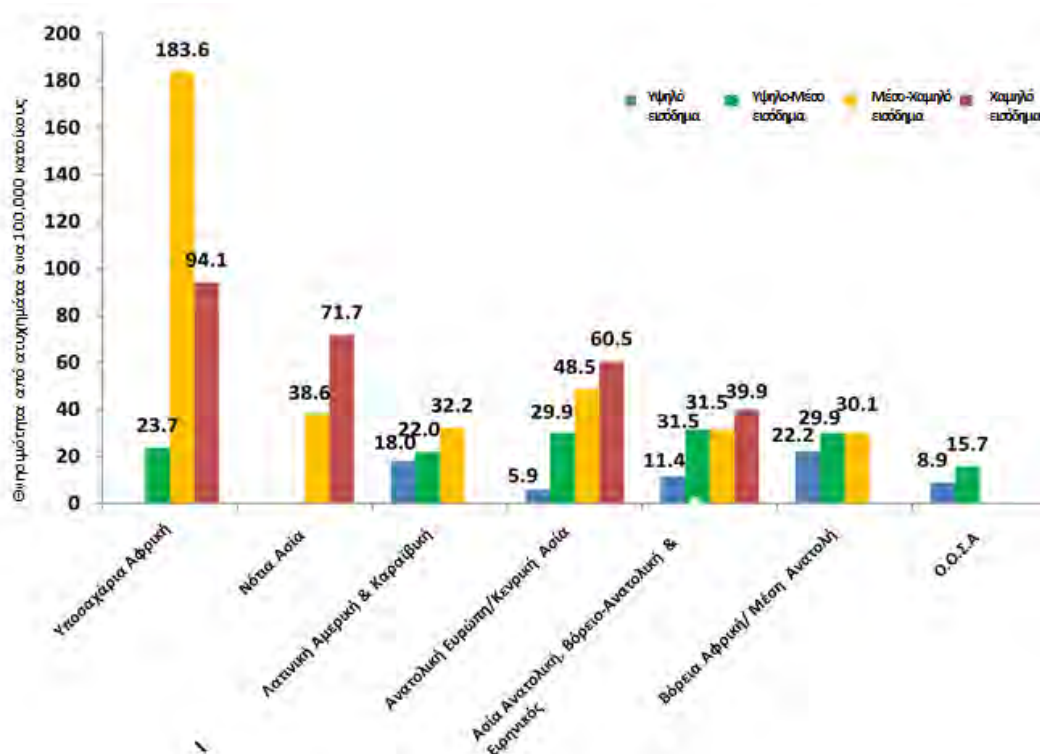
▪ Κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες

Διάφορες μελέτες έχουν δείξει ότι οι κοινωνικο-οικονομικοί παράγοντες επηρεάζουν τον κίνδυνο για ατύχημα και συνεπώς την επίπτωση των ατυχημάτων [24]. Το ποσοστό θανάτου από τραυματισμό των παιδιών μπορεί να είναι έως 4 φορές υψηλότερο στις χώρες χαμηλού εισοδήματος και μεσαίου εισοδήματος από ό,τι στις χώρες υψηλού εισοδήματος [2].

	Ηλικία (έτη)					
	<1	1-4	5-9	10-14	15-19	<20
Υψηλό εισόδημα	28.0	8.5	5.6	6.1	23.9	12.2
Χαμηλό-Μέσο εισόδημα	102.9	49.6	37.6	25.8	42.6	41.7
Παγκόσμια	96.1	45.8	34.4	23.8	40.6	38.8

Πίνακας 2.1: Τα ποσοστά θνησιμότητας από τραυματισμούς ανά 100 000 παιδιά ανά ηλικιακή ομάδα και εισόδημα [2].

Σε μια έρευνα όπου μελετήθηκαν 16 ευρωπαϊκές χώρες παρατηρήθηκε ότι οι χώρες με χαμηλότερο εισόδημα έχουν υψηλότερα ποσοστά θνησιμότητας παιδικών ατυχημάτων σε σύγκριση με αυτές που έχουν υψηλότερο [15]. Τα στοιχεία αυτά επιβεβαιώνει και η μετέπειτα έρευνα του Khan και των συν. (2015), οι οποίοι, στην προσπάθειά τους να διερευνήσουν τη σχέση του οικονομικού επιπέδου μιας χώρας και των παιδικών ατυχημάτων, μελέτησαν 187 χώρες παγκοσμίως και παρατήρησαν ότι το χαμηλό οικονομικό επίπεδο της χώρας επηρεάζει αρνητικά τη θνησιμότητα παιδικών ατυχημάτων [25].



Γράφημα 2.2: Θνησιμότητα ατυχημάτων προσχολικής ηλικίας (1-4 ετών) ανά περιοχή σε συνάρτηση με το εισόδημα [25].

▪ Δημογραφικοί παράγοντες

Ο τύπος και το μέγεθος της οικογένειας, η ηλικία της μητέρας και το μορφωτικό επίπεδο των γονέων, φαίνεται να συσχετίζονται με την πρόκληση των παιδικών ατυχημάτων.

Έχει αποδειχθεί ότι τα παιδιά μονογονεϊκών οικογενειών ή τα παιδιά που ζουν σε οικογένειες όπου ο ένας από τους δυο γονείς έχει ξαναπαντρευτεί διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο τραυματισμού από τα παιδιά τα οποία ζουν και με τους δυο βιολογικούς τους γονείς [26]. Επιπλέον τα παιδιά που έχουν μεγάλη οικογένεια, ειδικά όπου υπάρχουν μεγαλύτερα και μικρότερα αδέρφια, διατρέχουν μεγαλύτερο κίνδυνο [27].

Σχετικά με τη μητέρα, η πλειονότητα των μελετών που εξετάζουν τη σχέση μεταξύ της ηλικίας της μητέρας και του κινδύνου τραυματισμού των παιδιών δείχνει ότι τα παιδιά με μικρότερες ηλικιακά μητέρες έχουν μεγαλύτερο κίνδυνο τραυματισμού από τα παιδιά που έχουν μεγαλύτερες μητέρες, όπως και εκείνα σε οικογένειες με χαμηλά επίπεδα εκπαίδευσης, κυρίως της μητέρας [27]. Ειδικότερα, έχει παρατηρηθεί ότι στα παιδιά με μητέρες που έχουν χαμηλό ή πολύ υψηλό μορφωτικό επίπεδο η συχνότητα ατυχημάτων είναι υψηλότερη συγκριτικά με τα παιδιά των οποίων οι μητέρες έχουν μέση μόρφωση [28].

▪ Επίβλεψη

Η επίβλεψη αναγνωρίζεται ευρέως ως ζωτικής σημασίας για την προστασία των παιδιών από ατυχήματα, ωστόσο τα στοιχεία που υποστηρίζουν αυτή την υπόθεση είναι περιορισμένα. Έχει παρατηρηθεί ότι η πλειονότητα των ατυχημάτων συμβαίνει στο σπίτι ή στον περιβάλλοντα χώρο, ακόμα και όταν τα παιδιά επιβλέπονται [2].

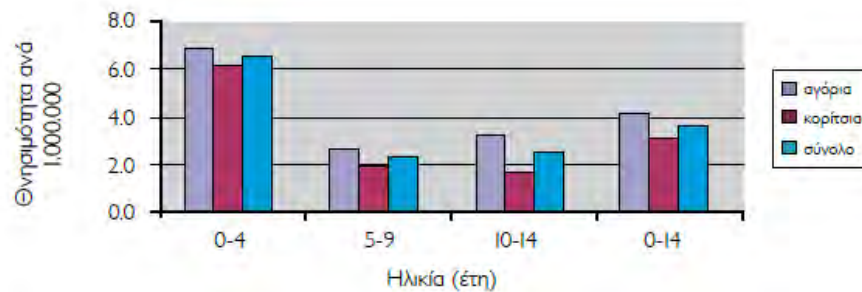
Σύμφωνα με τον Dal Santo και συν. (2004), η υπόθεση ότι όσο υψηλότερη είναι η εποπτεία της μητέρας τόσο χαμηλότερος είναι ο κίνδυνος τραυματισμού υποστηρίζεται μόνο σε χαμηλά επίπεδα αντιλήψεων κινδύνου τραυματισμού [21].

Η ποιότητα της επίβλεψης είναι πολύ δύσκολο να προσεγγισθεί. Μια επιτήρηση για να χαρακτηριστεί ποιοτική θα πρέπει ο επιβλέπων να παρακολουθεί το παιδί αδιαλείπτως, να έχει συνεχή οπτική και ακουστική επαφή με το παιδί και να μπορεί να παρέμβει άμεσα και να το απομακρύνει από επικίνδυνα σημεία. Εκτός από τα χαρακτηριστικά του επιβλέποντος σημαντικό ρόλο παίζουν και ορισμένα χαρακτηριστικά του παιδιού όπως είναι η ηλικία, η προσωπικότητα, οι αναπτυξιακές του δεξιότητες καθώς και το περιβάλλον το οποίο καθορίζει την έκθεσή του σε παράγοντες κινδύνου [29].

2.3 Πτώσεις

Οι πτώσεις είναι τα πιο συνηθισμένα ατυχήματα στο σπίτι. Σύμφωνα με το Κέντρο Πρόληψης και Ελέγχου Νόσου, οι ακούσιες πτώσεις ήταν η κύρια αιτία των μη θανατηφόρων τραυματισμών σε παιδιά 0 έως 4 ετών από το 2001 έως το 2009 [30]. Στην Ευρωπαϊκή Ένωση οι πτώσεις είναι η τέταρτη αιτία παιδικών θανάτων από τραυματισμούς και αποτελούν την πιο συχνή αιτία εισαγωγών και επισκέψεων στα τμήματα επειγόντων περιστατικών των νοσοκομείων. Ωστόσο, στην Ελλάδα οι θάνατοι από πτώσεις αποτελούν την τρίτη αιτία θανάτου στα παιδιά ηλικίας 0-14 ετών [11].

Η συχνότητα των πτώσεων στα παιδιά διαφέρει ανάλογα με την ηλικία τους. Τα παιδιά τον πρώτο χρόνο της ζωής πέφτουν δυο φορές περισσότερο από τα παιδιά ηλικίας 1-5 ετών και δέκα φορές συχνότερα από τα παιδιά 5-14 ετών.



Γράφημα 2.3: Θνησιμότητα πτώσεων ανά 1.000.000 παιδιά (0-14 έτη) [11].

Οι παράγοντες κινδύνου που σχετίζονται με τις πτώσεις είναι οι εξής:

- * Οι κοινωνικοί και δημογραφικοί παράγοντες, όπως το φύλο και η ηλικία του παιδιού, το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο της οικογένειας
- * Η σωματική ανάπτυξη του παιδιού
- * Η δραστηριότητα πριν συμβεί η πτώση πχ τρέξιμο, περπάτημα, σκαρφάλωμα
- * Η θέση της πτώσης
- * Το ύψος από το οποίο συμβαίνει η πτώση
- * Τα χαρακτηριστικά των επιφανειών με τις οποίες γίνεται επαφή, όπως υφή, ομαλότητα [2].

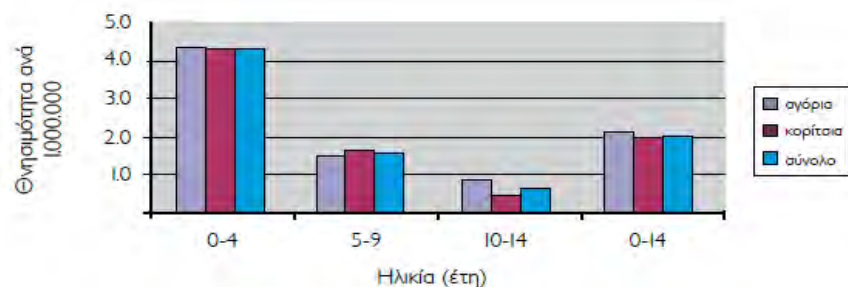
Οι πτώσεις με αποτέλεσμα το σοβαρό ή θανάσιμο τραυματισμό συνήθως συμβαίνουν από ύψος, ψηλά παράθυρα, μπαλκόνια και σκάλες [31]. Η πλειονότητα των πτώσεων από χαμηλότερο ύψος που

προκαλούν κυρίως τραυματισμούς μεταξύ των μικρών παιδιών σχετίζεται με τα βιομηχανοποιημένα προϊόντα, όπως τα συνήθη οικιακά έπιπλα, κρεβάτια, καρέκλες και καναπέδες [32].

Από τις πτώσεις μπορεί να προκληθούν ασήμαντες κακώσεις έως πολύ σοβαρές και μερικές φορές θανατηφόρες. Θλάσεις, μώλωπες, εκδορές, κατάγματα, κρανιοεγκεφαλικές κακώσεις, κακώσεις των οργάνων της κοιλιάς και του θώρακα είναι συνήθης ευρήματα από πτώσεις.

2.4 Εγκαύματα

Τα εγκαύματα είναι τα σοβαρότερα ατυχήματα που συμβαίνουν μέσα στο σπίτι σε παιδιά προσχολικής ηλικίας. Στα παιδιά ηλικίας 2-5 ετών τα εγκαύματα είναι τριπλάσια από ό,τι στις μεγαλύτερες ηλικίες [33]. Στη χώρα μας, είναι τέταρτη αιτία θανάτου παιδικών ατυχημάτων γνωστής αιτιολογίας. Από τα στοιχεία που συλλέχθηκαν από το 1992 έως το 2004 παρατηρήθηκε ετησίως ότι συμβαίνουν κατά μέσο όρο 4 θάνατοι από εγκαύματα στις ηλικίες 0-14 ετών. Μεταξύ των δυο φύλων δεν παρατηρείται διαφορά στους δείκτες θνησιμότητας, ενώ τα μεγαλύτερα ποσοστά θνησιμότητας σημειώνονται στις ηλικίες 0-4 ετών και τα χαμηλότερα στις ηλικίες 10-14 ετών [11].



Γράφημα 2.4: Θνησιμότητα εγκαυμάτων ανά 1.000.000 παιδιά (0-14 έτη) [11].

Τα εγκαύματα αποτελούν βλάβες του δέρματος ή των βλεννογόνων που οφείλονται συνήθως σε ζεστά και θερμά υγρά και στερεά αντικείμενα ή σε επίδραση ακτινοβολίας ή σε χημικά αίτια. Ανάλογα με την αιτία που τα προκάλεσε χωρίζονται σε θερμικά, ηλεκτρικά, χημικά και ακτινικά.

Η πλειονότητα των εγκαυμάτων που συμβαίνουν στο σπίτι γίνονται στο χώρο της κουζίνας, ενώ πολύ λιγότερα συμβαίνουν στο χώρο του υπνοδωματίου και του μπάνιου. Τα περισσότερα από αυτά προκαλούνται από υγρή (90%) και 10% από ξηρή θερμότητα [33].

Τα παιδιά προσχολικής ηλικίας συνήθως παθαίνουν εγκαύματα από ζεστά ροφήματα ή από πολύ ζεστό νερό κατά τη διάρκεια του μπάνιου. Περίπου 500 παιδιά, κυρίως κάτω των πέντε ετών, εισάγονται στο νοσοκομείο και άλλα 2000 παρακολουθούνται στα τμήματα επειγόντων κάθε χρόνο ως αποτέλεσμα εγκαυματος από το μπάνιο. Επίσης, τα παιδιά αυτής της ηλικίας εξαιτίας της περιέργειας και της αδεξιότητας που τα χαρακτηρίζει μπορεί να έρθουν σε επαφή με θερμές επιφάνειες, όπως σόμπες, εστίες κουζίνας, φούρνο, αναμμένα τσιγάρα, τζάκια [34].

Τέλος, εγκαύματα μπορούν να προκληθούν και από ηλεκτροπληξία η οποία ορισμένες φορές μπορεί να επιφέρει και θάνατο. Ο κίνδυνος ηλεκτροπληξίας αυξάνεται όταν τα παιδιά περιεργάζονται ή τοποθετούν στις πρίζες διάφορα μικρά αντικείμενα ή ακόμα και τα χέρια τους, καθώς επίσης όταν έρχονται σε επαφή με κατεστραμμένους διακόπτες και φθαρμένα καλώδια [27].

2.5 Δηλητηριάσεις

Σύμφωνα με τον Π.Ο.Υ, οι θάνατοι από τυχαίες δηλητηριάσεις συμβαίνουν σε περίπου 1/1000 παιδιά, ενώ, σύμφωνα με τα στατιστικά στοιχεία του Κέντρου Δηλητηριάσεων, κάθε χρόνο καταγράφονται 42.000-46.000 περιπτώσεις δηλητηριάσεων, οι μισές από τις οποίες αφορούν παιδιά έως 14 ετών. Επίσης, το 50% αφορά στην προσχολική ηλικία και κυρίως σε παιδιά ηλικίας 2-4 ετών. Στην Ευρωπαϊκή Περιφέρεια του ΠΟΥ, το 2004, 3000 παιδιά και έφηβοι πέθαναν από δηλητηριάσεις, αποτελώντας την τρίτη κυριότερη αιτία πρόκλησης ακούσιου θανατηφόρου τραυματισμού. Στην Ελλάδα (1992 - 2004) παρατηρήθηκε ότι κάθε χρόνο κατά μέσο όρο υπήρχε ένας θάνατος από δηλητηριάσεις στις ηλικίες 0-14 ετών. Στη χώρα μας, η άνοδος του βιοτικού επιπέδου, η λειτουργία των κέντρων δηλητηριάσεων, καθώς και άλλες ενέργειες προληπτικής φύσης συνέβαλαν στη μείωση των θανάτων από δηλητηριάσεις, κατατάσσοντάς τις ως πέμπτη και λιγότερο συχνή αιτία θανάτου στα παιδιά [11].

Οι περισσότερες παιδικές δηλητηριάσεις συμβαίνουν σε παιδιά προσχολικής ηλικίας. Ειδικότερα η ηλικία 2-4 ετών είναι η πιο ευαίσθητη, λόγω της αυξημένης περιέργειας και της άγνοιας του κινδύνου που την χαρακτηρίζει, αγγίζοντας το 66% του συνόλου των παιδικών δηλητηριάσεων. Τα παιδιά μπορεί να βάλουν στο στόμα τους, να καταπιούν ή να έρθουν σε επαφή με το δέρμα ή τα μάτια με οποιαδήποτε ουσία ή φάρμακα.

Ο βαθμός βαρύτητας και η έκβαση των παιδικών δηλητηριάσεων εξαρτώνται από:

- την ουσία ή το φάρμακο
- τη δόση
- τη σύνθεση
- την οδό έκθεσης
- την ηλικία του παιδιού
- την ύπαρξη άλλων τοξικών ουσιών
- την διατροφική κατάσταση του παιδιού
- την παρουσία άλλων ασθενειών ή τραυματισμών [2].

Ο πιο συχνός τρόπος δηλητηριάσεων είναι η κατάποση και σπανιότερα η εισπνοή ή απορρόφηση κάποιας ουσίας. Τα συχνότερα αίτια είναι τα φάρμακα (αναλγητικά, αντιβιοτικά, κτλ.) και ακολουθούν τα είδη οικιακής χρήσεως (απορρυπαντικά, εντομοκτόνα κτλ.), τα καλλυντικά και τα γεωργικά φάρμακα [35].

Το είδος και ο τρόπος με τον οποίο συμβαίνουν οι παιδικές δηλητηριάσεις σχετίζονται με:

1. Το εθνικό και βιοτικό επίπεδο. Στις υπό ανάπτυξη χώρες, το 40% των δηλητηριάσεων οφείλονται στο φωτιστικό και θερμαντικό πετρέλαιο.
2. Τις καθημερινές συνήθειες. Στις χώρες που χρησιμοποιείται το γκάζι, οι δηλητηριάσεις με CO κατέχουν σημαντική θέση.
3. Τη σύνθεση του πληθυσμού: παιδιά αγροτικών περιοχών δηλητηριάζονται ευκολότερα με φυτοφάρμακα και εντομοκτόνα.
4. Το ρεύμα της σύγχρονης συνταγογραφίας [33].

2.6 Εισρόφηση ξένων σωμάτων

Η μεγαλύτερη συχνότητα εισρόφησης ξένων σωμάτων παρατηρείται στις ηλικίες 6 μηνών μεχρι 3-4 ετών. Τα ατυχήματα των εισροφήσεων είναι συχνότερα στα αγόρια, με αναλογία 1.5 αγόρι προς 1 κορίτσι. Στις περισσότερες περιπτώσεις (40%) κανείς δεν αντιλαμβάνεται ότι το παιδί έχει βάλει κάποιο αντικείμενο στο στόμα του ή ότι το έχει καταπιεί. Στο 50% των περιπτώσεων το παιδί δεν παρουσιάζει κάποιο συμπτώματα ή έχει πολύ ασαφή συμπτώματα [36].

Μερικές φορές, η εισρόφηση ενός ξένου αντικειμένου στις αεροφόρες οδούς μπορεί να επιφέρει ασφυξία, αφού το αντικείμενο μπορεί να ενσφηνωθεί, να προκαλέσει αντανακλαστικό κλείσιμο της γλωττίδας και σπασμό των βρόγχων [37]. Τα ατυχήματα από ασφυξία παρατηρούνται σε παιδιά ηλικίας 2-4 ετών και είναι 5 φορές περισσότερα σε σχέση με τα βρέφη και 2 φορές συχνότερα σε σχέση με μεγαλύτερα παιδιά ηλικίας 6-12 ετών [33].

Τα ατυχήματα που προκαλούνται από την εισρόφηση αντικειμένων οφείλονται στην αυξημένη κινητικότητα και στα μειωμένα νευρομυϊκά αντανακλαστικά του παιδιού. Επίσης, ένα παιδί με προβλήματα κατάποσης και έλλειψη των τελευταίων γομφίων δοντιών έχει αυξημένο κίνδυνο να καταπιεί κάποιο ξένο σώμα.

Συνήθως τα ξένα σώματα είναι τροφές, όπως ξηροί καρποί, μικρά κουκούτσια από φρούτα ή ανόργανης φύσεως αντικείμενα, όπως μικρά κομμάτια από παιχνίδια, καπάκια από στυλό ή μαρκαδόρο κ.ά. [36].

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 3

ΠΡΟΛΗΨΗ

3.1. Πρόληψη παιδικών ατυχημάτων

Σύμφωνα με τους ειδικούς, το 90% των περιπτώσεων των παιδικών ατυχημάτων θα μπορούσαν να αποφευχθούν αν οι γονείς ήταν σωστά ενημερωμένοι και ακολουθούσαν βασικά μέτρα πρόληψης.

Η πρόληψη και ο έλεγχος των ατυχημάτων παρέχεται σε τρία επίπεδα:

1. Η πρωτογενής πρόληψη στοχεύει στην ελλάτωση του κινδύνου πρόκλησης ατυχήματος μέσω του ελέγχου των παραγόντων κινδύνου.
2. Η δευτερογενής πρόληψη περιλαμβάνει τα μέτρα αντιμετώπισης τραυματισμού από το ατύχημα.
3. Η τριτογενής πρόληψη αποσκοπεί στον περιορισμό της βλάβης και στην αποκατάσταση της υγείας του τραυματία.

Η θεωρία πρόληψης των ατυχημάτων συνοψίζεται σε 10 διακριτά στάδια (στάδια κατά Haddon):

Πρώτο στάδιο: αποφυγή δημιουργίας κινδύνου

Δεύτερο στάδιο: μεώση κινδύνου στην πηγή δημιουργίας

Τρίτο στάδιο: αποφυγή απελευθέρωσης του κινδύνου που ήδη υπάρχει

Τέταρτο στάδιο: τροποποίηση του ρυθμού ή της χωρικής κατανομής της απελευθέρωσης του κινδύνου από την πηγή του

Πέμπτο στάδιο: διαχωρισμός, είτε χρονικά είτε τοπικά, του κινδύνου και εκείνου που πρέπει να προστατευτεί

Έκτο στάδιο: διαχωρισμός του κινδύνου και εκείνου που πρέπει να προστατεύεται με παρεμβολή ενός υλικού φραγμού

Εβδομο στάδιο: τροποποίηση σχετικών βασικών ιδιοτήτων του κινδύνου

Ογδοο στάδιο: αύξηση των ορίων ανοχής - αντοχής του οργανισμού ή του περιβάλλοντος διαβίωσης του ανθρώπου

Ένατο στάδιο: αντιμετώπιση ζημιών που έχουν προκληθεί από τον περιβάλλοντα κίνδυνο

Δέκατο στάδιο: σταθεροποίηση, αντιμετώπιση και αποκατάσταση της βλάβης [38].

3.2 Πρόληψη αποφυγής πτώσεων

Κάποιες στρατηγικές για την πρόληψη ατυχημάτων από πτώσεις στα παιδιά είναι η τροποποίηση και η αντικατάσταση ορισμένων προϊόντων ή τοποθέτηση προστατευτικών στα παράθυρα και μπαλκόνια. Επιβάλλεται η χρήση κιγκλιδωμάτων στις σκάλες, προστατευτικών περιφράξεων ή ασφαλειών στα παράθυρα, καθώς και ανθεκτικών υαλοπινάκων. Τα μπαλκόνια πρέπει να έχουν προστατευτικά με κάθετα κάγκελα, χωρίς διακοσμητικά όπου το μικρό παιδί μπορεί να πατήσει και να σκαρφαλώσει. Επιπλέον, στις μεγάλες τζαμαρίες απαραίτητο είναι να υπάρχει κάποιο αυτοκόλλητο ώστε το παιδί να ξεχωρίζει από μακριά τότε η μπαλκονόπορτα είναι ανοιχτή και τότε κλειστή [39].

Επίσης, τα παιδικά κρεβάτια συνίσταται να έχουν προστατευτικό δακτύλιο ή ψηλά κιγκλιδώματα με στενά κάθετα διάκενα και μικρά προστατευτικά μαξιλαράκια γύρω - γύρω. Για να αποφευχθούν οι τραυματισμοί από πτώσεις θα πρέπει οι γωνίες των επίπλων να είναι αποστρογγυλεμένες, τοποθετώντας προστατευτικά πλαστικά.

Για την αποφυγή πτώσεων λόγω ολισθηρότητας καλό θα ήταν να απουσιάζουν χαλιά που γλιστράνε ή καθαριστικά πατώματος που ολισθαίνουν, καθώς και να χρησιμοποιούνται αντιολισθητικά πατάκια ή αυτοκόλλητα στο μπάνιο.

Γενικά, ο κατάλληλος φωτισμός μέσα στο σπίτι και στον περιβάλλοντα χώρο αποτελεί αποτρεπτικό παράγοντα πτώσεων [27].

3.3 Πρόληψη εγκαυμάτων

Τα περισσότερα εγκαύματα είναι θερμικής φύσεως και προέρχονται από την επαφή με ζεστά υγρά, κυρίως νερό, αλλά και θερμά αντικείμενα γι' αυτό καλό θα ήταν να τοποθετηθεί θερμοστάτης, διακόπτης ασφαλείας για ανώτατο όριο θερμοκρασίας (49°C ή χαμηλότερα) του νερού ή να ελέγχεται το

νερό της μπανιέρας πριν το παιδί μπει μέσα. Επίσης, θα πρέπει να αποφεύγεται να δίνονται στα μικρά παιδιά πολύ ζεστά ροφήματα. Το δέρμα ενός παιδιού είναι πολύ πιο ευαίσθητο από ότι ενός ενήλικα και ένα ζεστό ρόφημα μπορεί να προκαλέσει έγκαυμα ακόμα και μετά από 15 λεπτά από την παρασκευή του.

Για να μειωθεί η συχνότητα των εγκαυμάτων που λαμβάνουν χώρα στην κουζίνα, θα πρέπει κατά τη διάρκεια που η ηλεκτρική κουζίνα είναι σε λειτουργία και για όσο χρονικό διάστημα διατηρεί υψηλή θερμοκρασία, εφόσον αυτή τεθεί εκτός λειτουργίας, η επιτήρηση των μικρών παιδιών από τους κηδεμόνες να είναι ιδιαίτερα αυξημένη. Επιπλέον, κατά τη διάρκεια της παρασκευής του φαγητού είναι προτιμότερο να χρησιμοποιούνται οι πίσω εστίες της ηλεκτρικής κουζίνας και γενικά οι λαβές από τα μαγειρικά σκεύη τα οποία περιέχουν ζεστά υγρά ή φαγητά να τοποθετούνται εσωτερικά, προς τον τοίχο, ώστε να μην είναι εύκολα προσιτή από τα μικρά παιδιά .

Για τη μείωση ατυχημάτων από φωτιά συνιστάται η τοποθέτηση ανιχνευτών καπνών, η τοποθέτηση προστατευτικού πλέγματος μπροστά από το τζάκι, καθώς και η απομάκρυνση αναπτήρων και σπέρτων σε σημεία που είναι προσβάσιμα στα παιδιά.

Επίσης, θα πρέπει να υπάρχει σωστή χωροταξική τοποθέτηση επίπλων που να προσδίδει ελευθερία κινήσεων και ασφάλεια στο παιδί για να αποφευχθούν εγκαύματα που μπορεί να προκληθούν από επαφή με θερμαντικά σώματα [27].

Η συχνότητα των χημικών εγκαυμάτων μπορεί να μειωθεί αν στα σκεύη φύλαξης των αντίστοιχων ουσιών αναγράφεται ή καλύτερα εικονογραφείται σαφώς το περιεχόμενο και οι ιδιότητες του προϊόντος. Τα προϊόντα αυτά πρέπει να φυλάσσονται σε απροσπέλαστα για τα παιδιά σημεία [2].

Τέλος, η τοποθέτηση καλυμμάτων ασφαλείας στις παροχές ρεύματος, καθώς και η απομάκρυνση ή αντικατάσταση φθαρμένων καλωδίων συμβάλλουν στην αποφυγή ηλεκτροπληξίας [27].

3.4 Πρόληψη δηλητηριάσεων

Η καλύτερη δυνατή προστασία των παιδιών από τις δηλητηριάσεις στο σπίτι είναι η πρόληψη έκθεσης του παιδιού στον κίνδυνο φυλάσσοντας σωστά τις επικίνδυνες ουσίες. Όλα τα φάρμακα, λοιπόν, θα πρέπει να έχουν πώματα ασφαλείας και να είναι κλειδωμένα σε ειδικό ντουλάπι ή σε σημείο συνήθως σε υψηλή θέση ώστε να μην τα φτάνουν τα παιδιά. Επίσης, τα υλικά καθαρίσματος του σπιτιού, οι

κοσμητικές ουσίες, τα προϊόντα ομορφιάς θα πρέπει και αυτά να φυλάσσονται όσο το δυνατό σε ασφαλέστερο μέρος.

Για την αντιμετώπιση δηλητηριάσεων καλό θα ήταν οι γονείς αρχικά να συμβουλευτούν το Κέντρο Δηλητηριάσεων. Γενικά, τα τηλέφωνα του Κέντρου Δηλητηριάσεων, του πλησιέστερου νοσοκομείου και των γιατρών του παιδιού και της οικογένειας, θα πρέπει να είναι άμεσα διαθέσιμα. Επίσης, συνιστάται να υπάρχει πάντα σιρόπι ιπεκακουάνας στο φαρμακείο του σπιτιού για την άμεση αντιμετώπιση δηλητηριάσεων. Το σιρόπι αυτό προκαλεί εμετό και έτσι μπορεί να χρησιμοποιηθεί μετά από τη δηλητηρίαση για να αποβληθεί όσο περισσότερο δηλητήριο γίνεται και να μην απορροφηθεί από τον οργανισμό. Ωστόσο, η χρήση του φαρμάκου πρέπει να γίνει έπειτα από οδηγία του γιατρού ή του Κέντρου Δηλητηριάσεων [27].

3.5 Πρόληψη αποφυγής εισρόφησης ξένων σωμάτων

Η εισρόφηση ξένων σωμάτων, όπως ξηροί καρποί, παιχνιδάκια, μπορεί να συμβεί από την ηλικία των 6 μηνών, κατά την οποία το βρέφος βάζει στο στόμα του οτιδήποτε κρατά στο χέρι του και μπορεί να αποβεί μοιραία. Θα πρέπει, λοιπόν, όλα τα μικροαντικείμενα να φυλάσσονται μακριά από τα παιδιά και οι γονείς να κάνουν σωστή επιλογή παιχνιδιών σύμφωνα με την ηλικία των παιδιών και να μην τους δίνονται παιχνίδια που περιέχουν μικρά κομμάτια.

Οι γονείς καλό θα είναι να έχουν εκπαιδευτεί ώστε να παρέχουν τις πρώτες βοήθειες σε περίπτωση που κάποιο αντικείμενο έχει ενσφηνωθεί στην αναπνευστική οδό του παιδιού. Για την άμεση αντιμετώπιση, αρχικά γίνονται 5 πλήξεις στην πλάτη, μπρούμυτα στα γόνατά ή στα μεγαλύτερα παιδιά υποβαστάζοντάς τα σε καθιστή ή όρθια θέση, με ελαφρά κάμψη προς τα εμπρός. Αν το πρόβλημα εξακολουθεί να υπάρχει εφαρμόζεται ο χειρισμός Heimlich. Κατά τον χειρισμό Heimlich ο διασώστης πλησιάζει από πίσω το παιδί και ανάλογα με τη διαφορά ύψους είτε γονατίζει με το παιδί όρθιο ή στέκεται όρθιος με το παιδί πάνω σε καρέκλα ή απλά ανασηκώνει το παιδί. Τοποθετεί την αριστερή του γροθιά ανάμεσα στον ομφαλό και το στέρνο και το άλλο χέρι πάνω στη γροθιά. Ακολουθούν 5 απότομες ώσεις προς τα μέσα και άνω. Αν το παιδί δε μπορεί να υποστηριχθεί σε όρθια θέση τότε τοποθετείται ανάσκελα, ο διασώστης παίρνει θέση ιπαστί, τοποθετεί την παλάμη του χεριού μεταξύ ομφαλού και στέρνου και την παλάμη του άλλου χεριού πάνω από την πρώτη και εφαρμόζει τις ώσεις [1].

3.6 Ο ρόλος της επίβλεψης

Η επίβλεψη των γονέων παίζει σημαντικό ρόλο όχι μόνο για την αποφυγή παιδικών ατυχημάτων αλλά και για την ασφάλεια των παιδιών γενικότερα. Ωστόσο, μερικές φορές μπορεί να συμβούν ατυχήματα ακόμα και αν υπάρχει «ποιοτική» επίβλεψη.

Ο επιβλέπων θα πρέπει να έχει αυξημένη κριτική ικανότητα ώστε να αντιλαμβάνεται τους πιθανούς κινδύνους τραυματισμού για το παιδί και να μπορεί να δράσει άμεσα, καθώς επίσης να είναι σε θέση να ασκήσει επιρροή στη συμπεριφορά του παιδιού. Η εκπαίδευση των γονέων, λοιπόν, είναι σημαντική αφού μπορεί να ενημερωθούν και να ευαισθητοποιηθούν ώστε να διαμορφώσουν ένα ασφαλές περιβάλλον για τα παιδιά όπου θα μένουν και θα ψυχαγωγούνται, καθώς και να ενισχύσουν τις γνώσεις τους για συστηματική επίβλεψη, έγκαιρη παρέμβαση και πρόληψη ατυχημάτων [29].

Β. ΕΙΔΙΚΟ ΜΕΡΟΣ

ΚΕΦΑΛΑΙΟ 4

ΠΛΗΘΥΣΜΟΣ ΚΑΙ ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ

4.1 Σκοπός

Σκοπός της παρούσας εργασίας είναι η διερεύνηση της γνώσης των γονέων σχετικά με την πρόληψη ατυχημάτων που συμβαίνουν στο σπίτι σε παιδιά προσχολικής ηλικίας (1 έως 6 ετών). Μελετήθηκαν τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά των γονέων και κατά πόσο επηρεάζουν την λήψη μέτρων πρόληψης ατυχημάτων.

4.2 Υπο μελέτη πληθυσμός

Ο πληθυσμός της εν λόγω έρευνας αφορά όλους τους γονείς που έχουν αποκτήσει παιδιά, τα οποία βρίσκονται στην ηλικία από ένα έως έξι ετών στο γεωγραφικό χώρο της Ελλάδας. Οι περιοχές που επιλέχθηκαν ήταν από το νομό Λάρισας. Η επιλογή να επεκταθεί η έρευνα πέραν της πόλης της Λάρισας, σε μικρότερους οικισμούς (χωριά, κωμοπόλεις) έγινε με στόχο τη δυνατότητα σύγκρισης των αποτελεσμάτων μεταξύ περιοχών που παρουσιάζουν σημαντικές διαφορές στη σύνθεση του πληθυσμού, τα κοινωνικά και δημογραφικά χαρακτηριστικά των οικογενειών.

4.3 Σύνταξη ερωτηματολογίου

Για το σκοπό της παρούσας εργασίας, θεωρήθηκε απαραίτητη η σύνταξη ενός ερωτηματολογίου με τίτλο *«Πρόληψη παιδικών ατυχημάτων στο σπίτι σε παιδιά προσχολικής ηλικίας, διερεύνηση της γνώσης των γονέων»*.

Το ερωτηματολόγιο συνολικά αποτελείται από 32 ερωτήσεις οι οποίες αφορούν 4 ενότητες:

A) τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά του παιδιού και της οικογένειάς του

B) το επίπεδο ετοιμότητας για την άμεση αντιμετώπιση μικροατυχημάτων στο σπίτι

Γ) τα μέτρα πρόληψης και προφύλαξης παιδικών ατυχημάτων

Δ) την αγωγή υγείας που έχουν δώσει οι γονείς στα παιδιά τους πάνω από 3.5 ετών.

Στο τέλος, του ερωτηματολογίου, ακολουθούν 4 εικόνες (Μπάνιο, Σαλόνι, Κουζίνα, Παιδικό δωμάτιο) στις οποίες ζητείται από τους ερωτηθέντες να σημειώσουν όσα σημεία θεωρούν επικίνδυνα για ένα παιδί.

Δόθηκαν 250 ερωτηματολόγια για συμπλήρωση και απαντήθηκαν τελικά 202, δηλαδή το 80%. Από αυτά, τα 2 δεν ήταν κατάλληλα για χρήση, για τεχνικούς λόγους και ακυρώθηκαν.

4.4 Συμπλήρωση ερωτηματολογίων

Τα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν σε διάστημα δύο μηνών (Μάιος και Ιούνιος 2017). Όλοι οι συμμετέχοντες είχαν ενημερωθεί ότι η συμπλήρωση του ερωτηματολογίου είναι εθελοντική, άκρως ανώνυμη, εμπιστευτική και ότι η έρευνα γίνεται στο πλαίσιο μεταπτυχιακής εργασίας και ότι οποιαδήποτε αποτελέσματα δημοσιευθούν θα είναι ανώνυμα. Τα ερωτηματολόγια μοιράστηκαν στις οικογένειες, δίνοντάς τους ένα εύλογο χρονικό περιθώριο για να τα συμπληρώσουν, ώστε να είναι ήρεμοι και να μην πιέζονται ή βιάζονται, δίνοντας όσο το δυνατόν σωστότερες απαντήσεις. Άλλα ερωτηματολόγια συμπληρώθηκαν επί τόπου σε διάστημα δέκα λεπτών. Καταβλήθηκε προσπάθεια το ερωτηματολόγιο να συμπληρώνεται από τον γονέα σε ένα περιβάλλον που να έχει τον κατάλληλο χρόνο και όχι βιαστικά. Για αυτό χρειάστηκε και δεύτερη συνάντηση με κάποιους από τους συμμετέχοντες, για να συμπληρώσουν το ερωτηματολόγιο στις σωστές συνθήκες. Οποιαδήποτε απορία ή διευκρίνιση κατά την συμπλήρωσή του ερωτηματολογίου, δινόταν στον ενδιαφερόμενο.

4.5 Στατιστική Ανάλυση

Για την εξαγωγή των αποτελεσμάτων χρησιμοποιήθηκε το στατιστικό πρόγραμμα «IBM SPSS STATISTICS 23». Η επεξεργασία και η στατιστική ανάλυση των δεδομένων πραγματοποιήθηκε με την βοήθεια περιγραφικής και επαγωγικής στατιστικής, χρησιμοποιώντας πίνακες μονής και διπλής εισόδου με έλεγχο χ^2 .

ΚΕΦΑΛΙΑΙΟ 5

ΑΠΟΤΕΛΕΣΜΑΤΑ

5.1 Παρουσίαση των συχνοτήτων εμφάνισης των απαντήσεων

Α. Δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά παιδιών και γονέων τους

Στον πίνακα 5.1 παρουσιάζονται τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά των οικογενειών.

Ερ.1 Αριθμός παιδιών

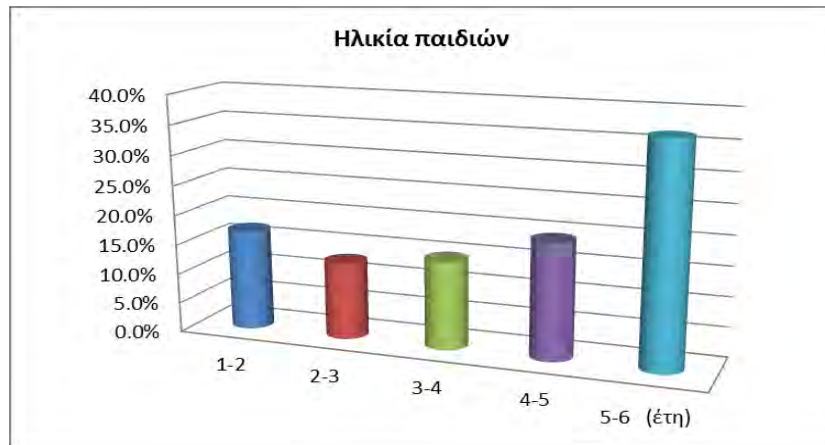
Από τις οικογένειες που συμμετείχαν στην έρευνα, πάνω από τις μισές έχουν δύο παιδιά (53.5% = 107 οικογένειες). Πολλές είναι και οικογένειες με ένα παιδί (31.5% = 63 οικογένειες), ενώ πολύ λιγότερες αυτές με 3 ή 4 παιδιά.



Γράφημα 5.1: Αριθμός παιδιών

Ερ. 2 Ηλικία παιδιών

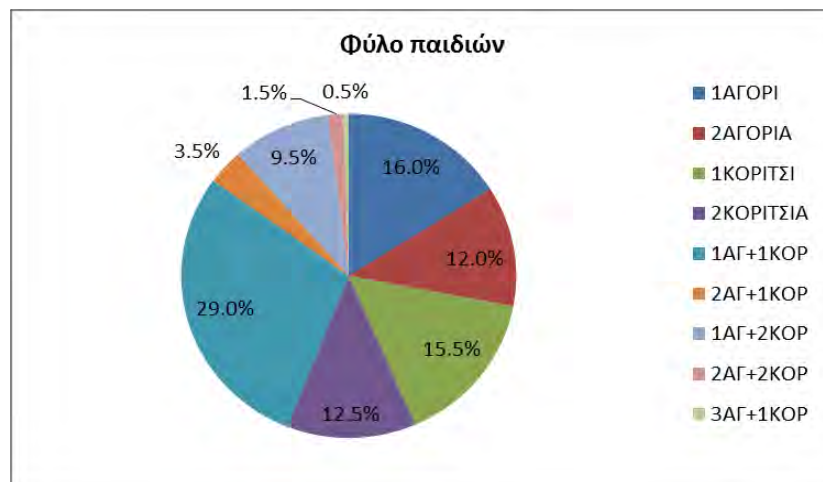
Τα περισσότερα παιδιά των οικογενειών που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν πάνω από 3.5 ετών, με την πλειονότητα να είναι 5-6 ετών (36.6%). Τα παιδιά μικρότερης ηλικίας (<3,5) άγγιζαν το 29.8% του συνόλου.



Γράφημα 5.2: Ηλικία παιδιών

Ερ. 3 Φύλο παιδιών

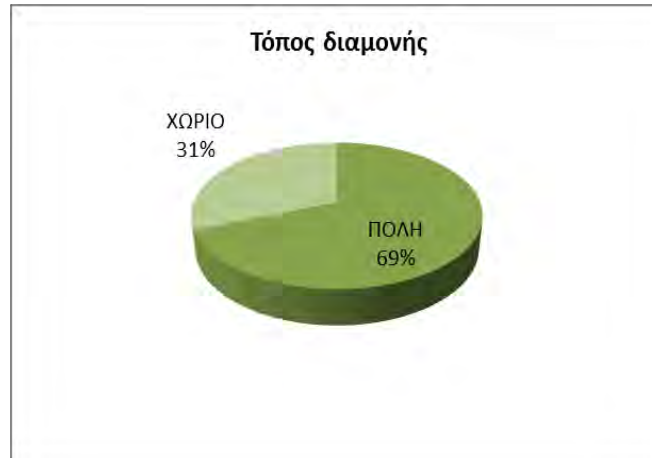
Οι περισσότερες οικογένειες, όπως προαναφέρθηκε, έχουν 2 παιδιά (53.5%) και, συγκεκριμένα, από αυτές, υπερτερούν όσες έχουν ένα αγόρι και ένα κορίτσι (29% = 58 οικογένειες) έναντι των οικογενειών που έχουν παιδιά του ίδιου φύλου (2 αγόρια=12%, 2 κορίτσια= 12.5%). Παρατηρείται επίσης ότι στις οικογένειες οι οποίες έχουν ένα παιδί τα ποσοστά ανάμεσα στα δύο φύλα είναι σχεδόν ίδια (1 αγόρι = 16%, 1 κορίτσι = 15.5%). Στις οικογένειες που έχουν πάνω από τρία παιδιά (15%) τα ποσοστά ανάμεσα στα φύλλα ποικίλλουν.



Γράφημα5.3: Φύλο παιδιών

Ερωτ. 4 Τόπος διαμονής

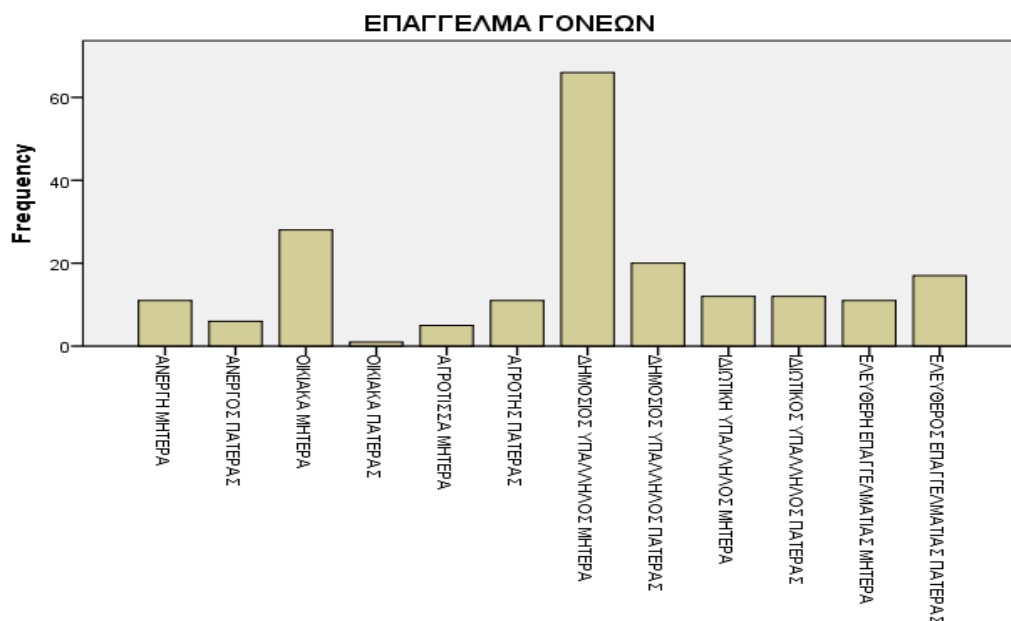
Το 69% των οικογενειών της έρευνας διαμένει στην πόλη, ενώ ένα πολύ μικρότερο ποσοστό (31%) μένει σε χωριό.



Γράφημα 5.4: Τόπος διαμονής οικογενειών

Ερωτ. 5 Επάγγελμα γονέων

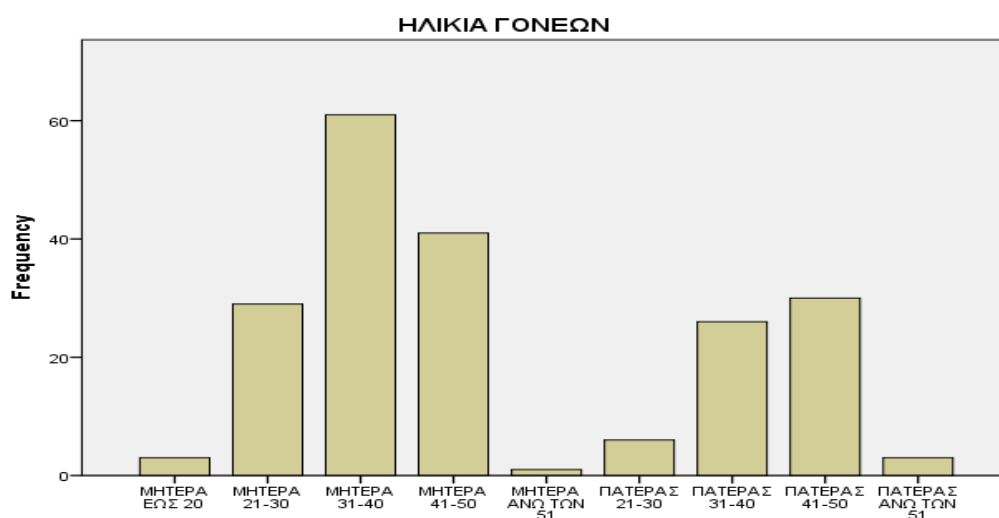
Σύμφωνα με το ραβδόγραμμα συχνотήτων στις περισσότερες οικογένειες και η μητέρα και ο πατέρας εργάζονται, με το μεγαλύτερο ποσοστό να εργάζεται στο δημόσιο (33% και 10% αντίστοιχα).



Γράφημα 5.5: Επάγγελμα γονέων

Ερωτ. 6 Ηλικία γονέων

Οι περισσότερες μητέρες που συμμετείχαν στην έρευνα ήταν ηλικίας 31-40 ετών (30.5%), ενώ οι περισσότεροι πατέρες ήταν ηλικίας 41-50 ετών (15%) και ακολουθούν με μικρή διαφορά οι πατέρες ηλικίας 31-40 ετών (13%).

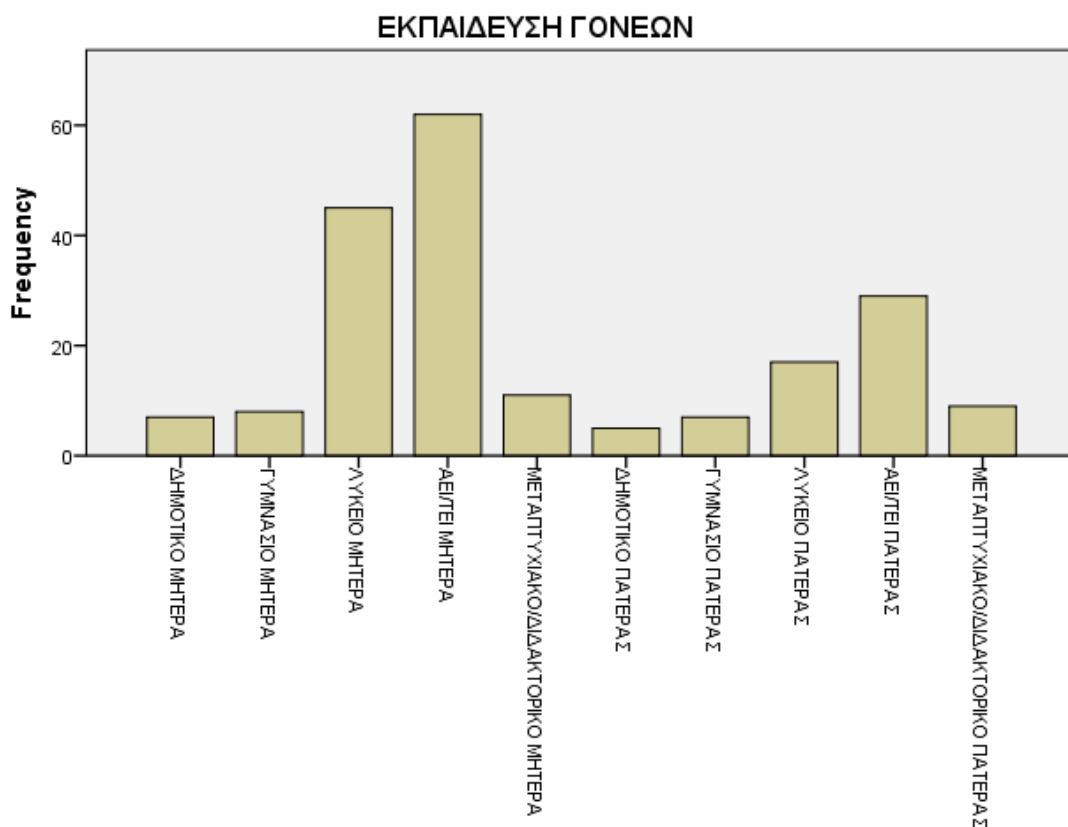


Γράφημα 5.6: Ηλικία γονέων

Ερωτ. 7 Εκπαίδευση γονέων

Σχετικά με την εκπαίδευση των γονέων τα υψηλότερα ποσοστά τα εμφανίζουν οι μητέρες που έχουν πτυχίο ΑΕΙ/ΤΕΙ (31%) ή είναι τελειόφοιτες λυκείου (22.5%). Ενώ, σε οικογένειες που έχει απαντήσει ο πατέρας το ερωτηματολόγιο, οι 29 (14.5%) έχουν πτυχίο ΑΕΙ/ΤΕΙ και οι 17 (8.5%) είναι τελειόφοιτοι λυκείου. Πολύ μικρότερα είναι τα ποσοστά και για τους δύο γονείς που έχουν λάβει δημοτική ή κατώτερη μέση εκπαίδευση ή έχουν λάβει κάποιο ματαπτυχικό ή διδακτορικό τίτλο.

Για την καλύτερη κατανόηση των συμπερασμάτων θα πρέπει να τονιστεί ότι οι μητέρες γονείς που απάντησαν στο ερωτηματολόγιο ήταν σχεδόν διπλάσιες (133) σε σχέση με τους άνδρες γονείς (67).



Γράφημα 5.7: Εκπαίδευση γονέων

	n	%
▪ Αριθμός παιδιών		
1	63	31.5
2	107	53.5
3	26	13.0
4	4	2.0
▪ Ηλικία παιδιών (έτη)		
1-2	63	16.9
2-3	45	12.1
3-4	55	14.8
4-5	72	19.4
5-6	136	36.6
▪ Φύλο παιδιών		
1ΑΓΟΡΙ	32	16.0
2ΑΓΟΡΙΑ	24	12.0
1ΚΟΡΙΤΣΙ	31	15.5
2ΚΟΡΙΤΣΙΑ	25	12.5
1ΑΓ+1ΚΟΡ	58	29.0
2ΑΓ+1ΚΟΡ	7	3.5
1ΑΓ+2ΚΟΡ	19	9.5
2ΑΓ+2ΚΟΡ	3	1.5
3ΑΓ+1ΚΟΡ	1	0.5
▪ Τόπος διαμονής		
ΠΟΛΗ	138	69.0
ΧΩΡΙΟ	62	31.0
▪ Επάγγελμα γονέων		
Μητέρα		
ΑΝΕΡΓΗ	11	5.5
ΟΙΚΙΑΚΑ	28	14.0
ΑΓΡΟΤΙΣΣΑ	5	2.5
ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	66	33.0
ΙΔΙΩΤΙΚΗ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	12	6.0
ΕΛΕΥΘΕΡΗ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ	11	5.5
Πατέρας		
ΑΝΕΡΓΟΣ	6	3.0
ΟΙΚΙΑΚΑ	1	0.5
ΑΓΡΟΤΗΣ	11	5.5
ΔΗΜΟΣΙΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	20	10.0
ΙΔΙΩΤΙΚΟΣ ΥΠΑΛΛΗΛΟΣ	12	6.0
ΕΛΕΥΘΕΡΟΣ ΕΠΑΓΓΕΛΜΑΤΙΑΣ	17	8.5
▪ Ηλικία γονέων (έτη)		
Μητέρα		

≤20	3	1.5
21-30	29	14.5
31-40	61	30.5
41-50	41	20.5
>51	1	0.5
Πατέρας		
≤20	0	0
21-30	6	3.0
31-40	26	13.0
41-50	30	15.0
>51	3	1.5
▪ Εκπ/ση γονέων		
Μητέρα		
ΔΗΜΟΤΙΚΟ	7	3.5
ΓΥΜΝΑΣΙΟ	8	4.0
ΛΥΚΕΙΟ	45	22.5
ΑΕΙ/ΤΕΙ	62	31.0
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ/ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ	11	5.5
Πατέρας		
ΔΗΜΟΤΙΚΟ	5	2.5
ΓΥΜΝΑΣΙΟ	7	3.5
ΛΥΚΕΙΟ	17	8.5
ΑΕΙ/ΤΕΙ	29	14.5
ΜΕΤΑΠΤΥΧΙΑΚΟ/ΔΙΔΑΚΤΟΡΙΚΟ	9	4.5

Πίνακας 5.1: Δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά των οικογενειών

Β. Επίπεδο ετοιμότητας για την αντιμετώπιση μικροατυχημάτων στο σπίτι

Στον πίνακα 5.2 παρουσιάζεται το επίπεδο ετοιμότητας των γονέων για την αντιμετώπιση μικροατυχημάτων στο σπίτι.

Επίπεδο ετοιμότητας	n	%
ΕΧΕΤΕ ΣΤΟ ΟΙΚΟΓΕΝΕΙΑΚΟ ΣΑΣ ΦΑΡΜΑΚΕΙΟ ΕΙΔΗ ΠΟΥ ΑΠΑΙΤΟΥΝΤΑΙ ΓΙΑ ΤΗΝ ΑΝΤΙΜΕΤΩΠΙΣΗ ΤΩΝ ΜΙΚΡΟΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ;	172	86
ΞΕΡΕΤΕ ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΣΙΡΟΠΙ ΙΠΕΚΑΚΟΥΑΝΑ	33	16.5
ΑΝ ΝΑΙ		
ΕΧΕΤΕ ΣΤΟ ΣΠΙΤΙ	7	21.2
ΞΕΡΕΤΕ ΝΑ ΤΟ ΧΡΗΣΙΜΟΠΟΙΕΤΕ	6	18.2
ΞΕΡΕΤΕ ΤΙ ΕΙΝΑΙ ΤΟ ΚΕΝΤΡΟ ΔΗΛΗΤΗΡΙΑΣΕΩΝ;	174	87
ΞΕΡΕΤΕ ΠΩΣ ΝΑ ΤΟ ΣΥΜΒΟΥΛΕΥΘΕΙΤΕ;	146	83.9

Πίνακας 5.2: Επίπεδο ετοιμότητας για την αντιμετώπιση μικροατυχημάτων στο σπίτι

Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι το επίπεδο ετοιμότητας της οικογένειας για την αντιμετώπιση μικροατυχημάτων στο σπίτι είναι αρκετά υψηλό σε ό,τι αφορά τον εξοπλισμό του οικογενειακού φαρμακείου (86%). Εξίσου υψηλά είναι και τα ποσοστά γνώσης της ύπαρξης του Κέντρου Δηλητηριάσεων (87%), καθώς και της σωστής χρήσης του (83.9%). Ωστόσο, ένα πολύ μικρότερο ποσοστό γνωρίζει τι είναι το σιρόπι ιπεκακουάνα (16.5%) και το έχει στο σπίτι του (21.2 %) ή ξέρει να το χρησιμοποιεί (18.2%).

Γ) Μέτρα πρόληψης και προφύλαξης παιδικών ατυχημάτων

Στον πίνακα 5.3 παρουσιάζεται η συχνότητα λήψης μέτρων πρόληψης-προφύλαξης από τους γόνους για την αποφυγή παιδικών ατυχημάτων.

	ΠΑΝΤΑ	ΣΥΧΝΑ	ΜΕΡΙΚΕΣ ΦΟΡΕΣ	ΣΠΑΝΙΑ
Κλειδώνετε την εξώπορτα του διαμερίσματός σας;	65.5%	16.5%	9.0%	9.0%
Έχετε προστατευτικό δίκτυο στον εξώστη σας;	55.5%	7.0%	4.4%	33.0%
Φροντίζετε οι επικίνδυνες για την υγεία του παιδιού ουσίες (φάρμακα, είδη καλλωπισμού, αιχμηρά αντικείμενα) να:				
α) είναι σε υψηλό σημείο για να μην τα φθάνει ;	73.0%	16,5%	7.0%	3.5%
β) είναι κλειδωμένα;	43.0%	21.5%	12.5%	23.0%
Φροντίζετε οι ακατάλληλες για την υγεία τροφές (π.χ. ξηροί καρποί) να είναι σε ασφαλή σημεία;	61.0%	20.0%	8.5%	10.5%
Προσέχετε που αφήνετε τα τσιγάρα, τα σπύρτα ,τον αναπτήρα σας;	71%	19%	6.5%	3.5%
Φροντίζετε να μην παίζει με παιχνίδια ή αντικείμενα που είναι επικίνδυνα για την ηλικία του;	67.5%	25.0%	5.0%	2.5%
Όταν σερβίρετε ζεστά ποτά, προσέχετε που τα αφήνετε;	72.0%	22.0%	4.5%	1.5%
Όταν μαγειρεύετε,ξέρετε που βρίσκεται το παιδί σας;	52.5%	36.5%	7.0%	4.0%
Έχετε ασφαλίσει κατάλληλα τις παροχές ρεύματος στο σπίτι σας;	70.5%	15.0%	4.0%	10.5%
Το αφήνετε μόνο του κοντά στη θάλασσα;	5.0%	6.5%	7.0%	81.5%
Το αφήνετε να παίζει μόνο του στην παιδική χαρά;	4.5%	4.0%	13.8%	78%
Το κρατάτε από το χέρι, όταν περπατάτε στο δρόμο;	78.5%	15%	3.5%	3.0%
Τα έπιπλα έχουν αποστρογγυλωμένες άκρες;	34.5%	23.5%	18.0%	24.0%

Πίνακας 5.3: Συχνότητα λήψης μέτρων πρόληψης-προφύλαξης

Από τον πίνακα 5.3 προκύπτει ότι η συχνότητα λήψης μέτρων πρόληψης που σχετίζονται με την γονεϊκή επίβλεψη του παιδιού είναι υψηλή. Σχετικά με τη λήψη μέτρων που αφορούν τη διασφάλιση ασφαλούς περιβάλλοντος αν και γενικά η συχνότητα ήταν υψηλή εντούτοις όσον αφορά τη συχνότητα λήψης του μέτρου πρόληψης τοποθέτησης προστατευτικού διχτυού στον εξώστη καθώς και η ύπαρξη επίπλων με αποστρογγυλωμένες γωνίες ήταν μειωμένη.

Δ) Αγωγή υγείας (για παιδιά πάνω από 3.5 ετών)

Στον πίνακα 5.4 παρουσιάζονται ορισμένες συμβουλές των γονέων και η εκμάθηση κάποιων δεξιοτήτων σε παιδιά ηλικίας άνω των 3.5 ετών για την αποφυγή ατυχημάτων.

Του έχετε εξηγήσει – συμβουλευτεί	ΝΑΙ	ΟΧΙ
Να μην ανοίγει την εξώπορτα;	96.4%	3.6%
Να μη βάζει τα χέρια του ή τα πόδια του ανάμεσα σε κάγκελα;	93.8%	6.2%
Να μην ανεβαίνει σε έπιπλα;	95.2%	4.8%
Να μην πατάει στο πάτωμα που μόλις καθαρίσατε;	95.7%	4.3%
Την αποφυγή ορισμένων επικίνδυνων ουσιών;	89.7%	10.3%
Τη χρήση και τον κίνδυνο ορισμένων συσκευών (π.χ. σίδερο, ηλεκτρικό μάτι, κουζίνα, διακόπτες);	94.3%	5.7%
Πώς να συμπεριφέρεται στα ζώα, για να μην το δαγκώσουν;	89.9%	10.1%
Τι να προσέχει στην παιδική χαρά για να μην χτυπήσει;	97.1%	2.9%
Έχει μάθει κολύμπι;	45.1%	54.9%

Πίνακας 5.4: Κατανομή γονεϊκών συμβουλών

Σύμφωνα με τον πίνακα 5.4, η συντριπτική πλειονότητα των γονέων έχει δώσει συμβουλές στα μεγαλύτερα παιδιά τους πως να αποφεύγουν και να προφυλάσσονται από πιθανά ατυχήματα. Ωστόσο παρατηρείται ότι πάνω από τα μισά παιδιά (άνω των 3.5 ετών) δεν έχουν μάθει κολύμβηση (54.9%).

Ε) Σημείωση επικίνδυνων σημείων για το παιδί στους χώρους του σπιτιού

ΣΗΜΕΙΑ ΠΟΥ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΑ ΓΙΑ ΤΟ ΠΑΙΔΙ ΣΑΣ ΣΤΟ ΜΠΑΝΙΟ		
Σημεία	n	%
1	4	2.0
2	24	12.0
3	29	14.5
4	32	16.0
5	43	21.5
6	19	9.5
7	24	12.0
8	8	4.0
9	6	3.0
10	3	1.5
11	1	0.5
12	1	0.5
13	2	1.0
14	1	0.5
15	2	1.0
16	1	0.5

Πίνακας 5.5: Επικίνδυνα σημεία στο μπάνιο

Στην εικόνα του μπάνιου, οι περισσότεροι γονείς σημείωσαν 5 σημεία καθώς παρατήρηθηκε και αι σύγκλιση απόψεων ποια είναι αυτά τα σημεία, καταδεικνύοντας τα ανοιχτά και προσβάσιμα ντουλάπια με φάρμακα, καλλυντικά και απορρυπαντικά, τα νερά έξω από τη μπανιέρα, την ακάλυπτη πρίζα, το κλειδί πίσω από τη πόρτα και το εκτεθειμένο πιστολάκι μαλλιών.

ΣΗΜΕΙΑ ΠΟΥ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΑ ΓΙΑ ΤΟ ΠΑΙΔΙ ΣΑΣ ΣΤΟ ΠΑΙΔΙΚΟ ΔΩΜΑΤΙΟ		
Σημεία	n	%
0	3	1.5
1	4	2.0
2	13	6.5
3	22	11.0
4	23	11.5
5	20	10.0
6	28	14.0
7	13	6.5
8	19	9.5
9	18	9.0
10	12	6.0
11	8	4.0
12	5	2.5
13	3	1.5
14	1	0.5
15	1	0.5
16	2	1.0
17	2	1.0
18	2	1.0
19	1	0.5

Πίνακας 5.6: Επικίνδυνα σημεία στο παιδικό δωμάτιο

Στην εικόνα του παιδικού δωματίου, οι περισσότεροι γονείς σημείωσαν 6 επικίνδυνα σημεία. Τις μεγαλύτερες συχνότητες απαντήσεων είχαν 3-6 σημεία.

ΣΗΜΕΙΑ ΠΟΥ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΑ ΓΙΑ ΤΟ ΠΑΙΔΙ ΣΑΣ ΣΤΗΝ ΚΟΥΖΙΝΑ		
Σημεία	n	%
0	1	0.5
1	2	1.0
2	4	2.0
3	15	7.5
4	17	8.5
5	21	10.5
6	18	9.0
7	22	11.0
8	25	12.5
9	20	10.0
10	14	7.0
11	9	4.5
12	12	6.0
13	5	2.5
14	1	0.5
15	1	0.5
16	6	3.0
17	1	0.5
18	2	1.0
19	1	0.5
20	3	1.5

Πίνακας 5.7: Επικίνδυνα σημεία στην κουζίνα

Στην εικόνα της κουζίνας το μεγαλύτερο ποσοστό των γονέων σημείωσε 8 επικίνδυνα σημεία και ακολουθούν οι απαντήσεις 5, 7 και 9 σημείων.

ΣΗΜΕΙΑ ΠΟΥ ΘΕΩΡΕΙΤΕ ΕΠΙΚΙΝΔΥΝΑ ΓΙΑ ΤΟ ΠΑΙΔΙ ΣΑΣ ΣΤΟ ΣΑΛΟΝΙ		
Σημεία	n	%
0	3	1.5
1	2	1.0
2	6	3.0
3	11	5.5
4	20	10.0
5	16	8.0
6	25	12.5
7	20	10.0
8	17	8.5
9	19	9.5
10	14	7.0
11	12	6.0
12	14	7.0
13	4	2.0
14	3	1.5
15	4	2.0
16	2	1.0
17	2	1.0
18	1	0.5
19	1	0.5
20	4	2.0

Πίνακας 5.8: Επικίνδυνα σημεία στο σαλόνι

Οι περισσότεροι γονείς σημείωσαν 7 επικίνδυνα σημεία στην εικόνα του σαλονιού. Εντούτοις, 3 γονείς (1.5%) δεν βρήκαν κανένα επικίνδυνο σημείο, ενώ 4 γονείς (2%) σημείωσαν 20 επικίνδυνα σημεία.

5.2 Συγκριτική ανάλυση μεταβλητών

Για την καλύτερη εξαγωγή των αποτελεσμάτων των συσχετίσεων των μέτρων πρόληψης και προφύλαξης για την αποφυγή ατυχημάτων με τα κοινωνικά-δημογραφικά χαρακτηριστικά των γονέων, οι ηλικίες, τα επαγγέλματα, καθώς και η εκπαίδευση των δύο γονέων ομαδοποιήθηκαν ως εξής:

Ηλικία γονέων (έτη)	<ul style="list-style-type: none"> ≤30 (<20, 21-30) 31-50 (31-40,41-50) ≥51
Επάγγελμα γονέων	<ul style="list-style-type: none"> Δεν εργάζεται (άνεργος και οικιακά) Εργαζόμενος (δημόσιος, ιδιωτικός υπάλληλος, ελεύθερος επαγγελματίας, αγρότης)
Εκπαίδευση γονέων	<ul style="list-style-type: none"> Πρωτοβάθμια (αναλφάβητος, δημοτικό) Δευτεροβάθμια (γυμνάσιο, λύκειο) Τριτοβάθμια (ΑΕΙ/ΤΕΙ, μεταπτυχιακός-διδακτορικός τίτλος)

Πίνακας 5.9: Κατηγοριοποίηση δημογραφικών-κοινωνικών χαρακτηριστικών των γονέων

Συσχετίσεις στην ενότητα επίπεδο ετοιμότητας

Στην ενότητα αυτή μετελετήθηκε κατά πόσο τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά των γονέων επηρεάζουν την ορθή γνώση λειτουργίας του Κέντρου Δηλητηριάσεων

	Ξέρετε πως να το συμβουλευθείτε το Κέντρο Δηλητηριάσεων;		P value
	Ναι	Όχι	
Ηλικία γονέων			0.520
• ≤30	12%	7%	
• 31-50	59%	20%	
• ≥51	2%	0%	
Εκπ/ση γονέων			0.129
• Πρωτοβάθμια	3.5%	2.5%	
• Δευτεροβάθμια	26%	12.5%	
• Τριτοβάθμια	43.5%	12%	
Επάγγελμα γονέων			0.001
• Δεν εργάζονται	13.5%	9.5%	
• Εργάζονται	59.5%	17.5%	
Τόπος διαμονής			0.052
• Πόλη	53%	16%	
• Χωριό	20%	11%	

Πίνακας 5.10: Συσχετίσεις του μέτρου «Ξέρετε πως να το συμβουλευθείτε να Κέντρο Δηλητηριάσεων;» με τα δημογραφικά-κοινωνικά χαρακτηριστικά των γονέων

Από την ανάλυση προκύπτει ότι ο παράγοντας που επηρεάζει την ορθή γνώση λειτουργίας του Κέντρου Δηλητηριάσεων είναι το επάγγελμα των γονέων ($P=0.001$). Λιγότερο σημαντική ήταν η επίδραση του τόπου διαμονής της οικογένειας ($P=0.052$). Οι υπόλοιποι παράγοντες δεν φαίνεται να συσχετίζονται σημαντικά.

Συσχετίσεις στην ενότητα προφύλαξη-πρόληψη

1^η Συσχέτιση

Κλειδώμα της πόρτας του διαμερίσματος, δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά των γονέων

	Κλειδώνετε πάντα την πόρτα του διαμερίσματός σας;				P value
	πάντα	συχνά	μερικές φορές	σπάνια	
Ηλικία γονέων					0.012
• ≤30	12.5%	2%	2%	2.5%	
• 31-50	52%	14%	6.5%	7.5%	
• ≥51	1.5%	0.5%	0.5%	0%	
Εκπ/ση γονέων					0.006
• Πρωτοβάθμια	1.5%	1%	1%	2.5%	
• Δευτεροβάθμια	22.5%	7.5%	5.5%	3.5%	
• Τριτοβάθμια	42%	8%	2.5%	3.5%	
Επάγγελμα γονέων					0.014
• Δεν εργάζονται	12.5%	4.5%	2.5%	3.5%	
• Εργάζονται	53%	12.1%	6.5%	5.5%	
Τόπος διαμονής					0.000
• Πόλη	50.5%	11%	4.5%	3.0%	
• Χωριό	15.0%	5.5%	4.5%	6.1%	

Πίνακας 5.11: Συσχετίσεις του μέτρου προφύλαξης-πρόληψης «Κλειδώνετε την πόρτα του διαμερίσματός σας» με τα δημογραφικά-κοινωνικά χαρακτηριστικά των γονέων.

Από τον πίνακα 5.11 προκύπτει ότι όλα τα υπο μελέτη κοινωνικά-δημογραφικά χαρακτηριστικά των γονέων επηρεάζουν σημαντικά τη λήψη συγκεκριμένου μέτρου ($P<0.05$).

2^η Συσχέτιση

Τοποθέτηση επικίνδυνων ουσιών, δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά των γονέων

	Φροντίζετε οι επικίνδυνες ουσίες να είναι σε υψηλό σημείο;				P value
	πάντα	συχνά	μερικές φορές	σπάνια	
Ηλικία γονέων					0.176
• ≤30	78.4%	15.8%	8.2%	2.1%	
• 31-50	59.5%	11.5%	5.5%	2.5%	
• ≥51	2%	0%	0%	0%	
Εκπ/ση γονέων					0.002
• Πρωτοβάθμια	1.5%	2%	2%	0.5%	
• Δευτεροβάθμια	24.5%	8%	3.5%	2.5%	
• Τριτοβάθμια	47%	6.5%	1.5%	0.5%	
Επάγγελμα γονέων					0.000
• Δεν εργάζονται	12.5%	6%	2%	2.5%	
• Εργάζονται	60.5%	10.5%	5%	1%	
Τόπος διαμονής					0.000
• Πόλη	57%	8.5%	1.5%	2%	
• Χωριό	16%	8%	5.5%	1.5%	

Πίνακας 5.12: Συσχετίσεις του μέτρου προφύλαξης-πρόληψης «Φροντίζετε οι επικίνδυνες ουσίες να είναι σε υψηλό σημείο» με τα δημογραφικά-κοινωνικά χαρακτηριστικά των γονέων.

Στην ερώτηση αν «φροντίζετε οι επικίνδυνες ουσίες να είναι σε υψηλό σημείο» οι περισσότεροι γονείς απάντησαν «πάντα» παρουσιάζοντας στατιστικά σημαντικές συσχετίσεις του μέτρου αυτού με τον παράγοντα εκπαίδευση και επάγγελμα γονέων, καθώς και με τον τόπο διαμονής ($P < 0.05$) ενώ δεν βρέθηκε να συσχετίζεται με την ηλικία των γονέων.

3^η Συσχέτιση

Επικίνδυνα παιχνίδια ή αντικείμενα, δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά των γονέων

	Φροντίζετε να μην παίζει με παιχνίδια ή αντικείμενα που είναι επικίνδυνα για την ηλικία του;				P value
	πάντα	συχνά	μερικές φορές	σπάνια	
Ηλικία γονέων					0.644
• ≤30	12%	6%	0.5%	1%	
• 31-50	54%	19%	4.5%	1.5%	
• ≥51	1.5%	0.5%	0%	0%	
Εκπ/ση γονέων					0.010
• Πρωτοβάθμια	1.5%	2.5%	1%	1%	
• Δευτεροβάθμια	22%	12.5%	2.5%	1.5%	
• Τριτοβάθμια	44%	10%	1.5%	0%	
Επάγγελμα γονέων					0.000
• Δεν εργάζονται	11.5%	8%	2.5%	1%	
• Εργάζονται	56%	17%	2.5%	1.5%	
Τόπος διαμονής					0.000
• Πόλη	52.5%	14.5%	1.5%	0.5%	
• Χωριό	15%	10.5%	3.5%	2%	

Πίνακας 5.13: Συσχετίσεις του μέτρου προφύλαξης-πρόληψης «Φροντίζετε να μην παίζει με παιχνίδια ή αντικείμενα που είναι επικίνδυνα για την ηλικία του» με τα δημογραφικά-κοινωνικά χαρακτηριστικά των γονέων.

Τα αποτελέσματα δείχνουν ότι η λήψη του συγκεκριμένου μέτρου συσχετίζεται με την εκπαίδευση ($P=0.010$) και το επάγγελμα των γονέων ($P=0.000$), καθώς και με τον τόπο διαμονής της οικογένειας ($P=0.000$), ενώ δεν βρέθηκε να συσχετίζεται με την ηλικία των γονέων.

4^η Συσχέτιση

Τοποθέτηση ζεστών ποτών, δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά των γονέων

	Όταν σερβίρετε ζεστά ποτά, προσέχετε που τα αφήνετε;				P value
	πάντα	συχνά	μερικές φορές	σπάνια	
Ηλικία γονέων					0.000
• ≤30	13%	4%	1.5%	0.5%	
• 31-50	57.5%	18%	3%	0.5%	
• ≥51	1.5%	0%	0%	0.5%	
Εκπ/ση γονέων					0.705
• Πρωτοβάθμια	3.5%	2%	0.5%	0%	
• Δευτεροβάθμια	25%	11.5%	1.5%	0.5%	
• Τριτοβάθμια	43.5%	8.5%	2.5%	1%	
Επάγγελμα γονέων					0.277
• Δεν εργάζονται	16%	5%	1.5%	0.5%	
• Εργάζονται	56%	17%	3%	1%	
Τόπος διαμονής					0.432
• Πόλη	52%	13%	3%	1%	
• Χωριό	20%	9%	1.5%	0.5%	

Πίνακας 5.14: Συσχετίσεις του μέτρου προφύλαξης-πρόληψης «Όταν σερβίρετε ζεστά ποτά, προσέχετε που τα αφήνετε;» με τα κοινωνικά-δημογραφικά χαρακτηριστικά των γονέων

Σχετικά με το μέτρο πρόληψης για την αποφυγή εγκαυμάτων από ζεστά ροφήματα ο μόνος παράγοντας που επηρεάζει τη λήψη αυτού του μέτρου είναι η ηλικία των γονέων ($P=0.000$). Οι υπόλοιποι παράγοντες δεν βρέθηκαν να συσχετίζονται σημαντικά με τη λήψη του συγκεκριμένου μέτρου.

Συσχετίσεις στην ενότητα αγωγή υγείας

Στην ενότητα αγωγής υγείας η συντριπτική πλειονότητα των γονέων απάντησε «ναι» σε όλες σχεδόν τις ερωτήσεις του ερωτηματολογίου. Όλοι οι γονείς, ανεξαρτήτως ηλικίας, εκπαίδευσης, επαγγέλματος και τόπου διαμονής, έχουν συμβουλευτεί στα παιδιά τους με σκοπό την πρόληψη ατυχημάτων και συνεπώς δεν υπάρχει κάποια στατιστικά σημαντική διαφορά. Ωστόσο, παρατηρήθηκε

διαφορά στις απαντήσεις των γονέων σχετικά με το αν έχουν μάθει κολύμπι τα παιδιά τους και γι' αυτό το λόγο πραγματοποιήθηκε στατιστική ανάλυση.

	Έχει μάθει κολύμπι	P value
Ηλικία γονέων		0.037
• ≤30	5.5%	
• 31-50	37.9%	
• ≥51	1.6%	
Εκπ/ση γονέων		0.140
• Πρωτοβάθμια	0.5%	
• Δευτεροβάθμια	17%	
• Τριτοβάθμια	27.4%	
Επάγγελμα γονέων		0.261
• Δεν εργάζονται	6.5%	
• Εργάζονται	38.2%	
Τόπος διαμονής		0.017
• Πόλη	37.5%	
• Χωριό	9.3%	

Πίνακας 5.15: Συσχετίσεις του «Έχει μάθει κολύμπι» με τα κοινωνικά-δημογραφικά χαρακτηριστικά των γονέων.

Από τον πίνακα 5.15 προκύπτει ότι οι παράγοντες που συσχετίζονται σημαντικά με το αν το παιδί έχει μάθει κολύμπι είναι η ηλικία των γονέων ($P=0.037$) και ο τόπος διαμονής της οικογένειας ($P=0.017$). Οι άλλες μεταβλητές δεν βρέθηκαν να συσχετίζονται σημαντικά με τη γνώση κολύμβησης.

ΣΥΖΗΤΗΣΗ

Τα περισσότερα παιδικά ατυχήματα συμβαίνουν σε παιδιά προσχολικής ηλικίας εξαιτίας του μειωμένου συντονισμού κινήσεων και της νοητικής εξέλιξης που χαρακτηρίζει αυτή την ηλικία [17,18]. Ωστόσο, εκτός από το ίδιο το παιδί έχουν βρεθεί δημογραφικοί και κοινωνικό-οικονομικοί παράγοντες των γονέων, η ηλικία τους, το μορφωτικό τους επίπεδο, το επάγγελμα τους, ο τύπος και το μέγεθος της οικογένειας να συσχετίζονται με την πρόκληση των παιδικών ατυχημάτων [28]. Επιπλέον, η συμπεριφορά των γονέων, συμπεριλαμβανομένης της επίβλεψης, της εφαρμογής μέτρων οικιακής ασφάλειας και της εκπαίδευσης των παιδιών σε θέματα ασφαλείας, θεωρούνται εξίσου βασικοί παράγοντες για την πρόληψη των ατυχημάτων στο σπίτι. Διάφορες μελέτες, έχουν δείξει ότι η ηλικία, η εκπαίδευση, το κοινωνικο-οικονομικό επίπεδο των γονέων συσχετίζονται με την εφαρμογή προληπτικών μέτρων [40].

Στην παρούσα μελέτη διερευνάται η γνώση των γονέων για την αποφυγή των παιδικών ατυχημάτων μέσα στο σπίτι και κατά πόσο τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά τους επηρεάζουν την λήψη μέτρων πρόληψης των ατυχημάτων.

Το επίπεδο ετοιμότητας της οικογένειας για την αντιμετώπιση μικροατυχημάτων στο σπίτι ήταν πολύ υψηλό σε ό,τι αφορά τον εξοπλισμό του οικογενειακού φαρμακείου (86%). Ενώ σε περιπτώσεις δηλητηρίασης ήταν εξίσου υψηλά και τα ποσοστά γνώσης της υπάρξης του Κέντρου Δηλητηριάσεων (87%) καθώς και της σωστής χρήσης του (83.9%). Ο παράγοντας που βρέθηκε να επηρεάζει την ορθή γνώση λειτουργίας του Κέντρου Δηλητηριάσεων ήταν το επάγγελμα των γονέων ($P=0.001$), ενώ οι υπόλοιποι δημογραφικοί και κοινωνικοί παράγοντες δεν βρέθηκαν να συσχετίζονται. Σε παλαιότερη μελέτη βρέθηκε ότι εκτός από το επάγγελμα της μητέρας, η ηλικία της μητέρας, το μορφωτικό επίπεδο του πατέρα και ο τύπος διαμονής της οικογένειας, συσχετίζονται με την ορθή γνώση του Κέντρου Δηλητηριάσεων [41].

Τα αποτελέσματα της παρούσας έρευνας έδειξαν ότι οι περισσότεροι γονείς λαμβάνουν προληπτικά μέτρα για τα παιδικά ατυχήματα είτε αυτά αφορούν την επίβλεψη είτε τη διαμόρφωση ασφαλούς περιβάλλοντος διαβίωσης. Σύμφωνα με τη European Child Safety Alliance, το 95% των γονέων με παιδιά κάτω των 5 ετών από 14 χώρες, ανέφερε να λαμβάνει τουλάχιστον ένα μέτρο για να εξασφαλίσει την ασφάλεια των παιδιών και την αποφυγή ατυχήματος. Το πιο συχνά αναφερόμενο μέτρο ήταν η τοποθέτηση οικιακών καθαριστικών, φαρμάκων και βιταμινών σε σημείο μη προσβάσιμο για το παιδί ή ήταν κλειδωμένα (49%), μέτρο που εμφανίζει και την υψηλότερη συχνότητα λήψης και στη παρούσα μελέτη σχετικά με την πρόληψη παιδικών ατυχημάτων που μπορούν να συμβούν μέσα στο σπίτι

[42]. Το 73% του υπο μελέτη πληθυσμού τοποθετεί τις επικίνδυνες για την υγεία του παιδιού ουσίες (φάρμακα, είδη καλλωπισμού) σε υψηλό σημείο.

Ωστόσο, παρατηρήθηκε μειωμένη συχνότητα λήψης του μέτρου σχετικά με την τοποθέτηση προστατευτικού δικτυού στον εξώστη με σκοπό να αποφευχθούν οι πτώσεις καθώς και η ύπαρξη επίπλων με αποστρογγυλωμένες γωνίες. Η μειωμένη συχνότητα λήψης αυτών των δύο μέτρων παρατηρήθηκε και σε άλλη έρευνα όπου η λήψη των συγκεκριμένων προληπτικών μέτρων συσχετιζόταν με το επίπεδο εκπαίδευσης και την απασχόληση της μητέρας. Στην ίδια έρευνα βρέθηκε ότι το κλείδωμα της πόρτας δεν συσχετίζεται με τα κοινωνικο-δημογραφικά χαρακτηριστικά των γονιών σε αντίθεση με τη παρούσα μελέτη όπου παρατηρήθηκε ότι η ηλικία, το μορφωτικό επίπεδο, το επάγγελμα και ο τόπος διαμονής επηρεάζουν σημαντικά τη λήψη του συγκεκριμένου μέτρου ($P < 0.05$ σε όλες τις περιπτώσεις) [41].

Επιπρόσθετα, η εκπαίδευση και το επάγγελμα των γονέων καθώς και ο τόπος διαμονής της οικογένειας βρέθηκε να επηρεάζουν σημαντικά τόσο το μέτρο πρόληψης για την αποφυγή παιδικών δηλητηριάσεων (*«τοποθέτηση επικίνδυνων ουσιών όπως φάρμακα, καλλυντικά σε υψηλό σημείο ώστε να μην φτάνει το παιδί»*) όσο και το μέτρο πρόληψης για την αποφυγή ενσφήνωσης ξένων αντικειμένων (*«το παιδί να παίζει με παιχνίδια και αντικείμενα κατάλληλα για την ηλικία του»*) ($P < 0.05$ σε όλες τις περιπτώσεις). Ενώ το μέτρο πρόληψης για την αποφυγή εγκαύματος από ζεστά ροφήματα βρέθηκε να επηρεάζεται μόνο από την ηλικία των γονέων ($P = 0.000$). Σε αντίθεση με παλαιότερη έρευνα που δεν βρέθηκε κανένας παράγοντας να συσχετίζεται με τη λήψη του συγκεκριμένου μέτρου [41].

Σχετικά με την αγωγή υγείας σχεδόν όλοι οι γονείς (>89.7%) ανεξαρτήτως δημογραφικών και κοινωνικών χαρακτηριστικών είχαν δώσει στα παιδιά τους συμβουλές ώστε να αποφεύγουν τα ατυχήματα. Παρόλο αυτά, στην ερώτηση αν το παιδί έχει μάθει κολύμβηση το ποσοστό των γονέων διαφοροποιείται με πάνω από τους μισούς (54.9%) να δηλώνουν ότι τα παιδιά τους δεν γνωρίζουν κολύμβηση. Το μέτρο αυτό φαίνεται να συσχετίζεται με τη ηλικία των γονέων ($P = 0.037$) και το τόπο διαμονής της οικογένειας ($P = 0.017$) ενώ οι άλλες μεταβλητές δεν βρέθηκαν να συσχετίζονται σημαντικά. Η διαφορά που παρατηρείται στην εκμάθηση κολύμβησης στα παιδιά μπορεί να αποδοθεί σε μεγάλο βαθμό στο διαφορετικό κοινωνικό-οικονομικό επίπεδο των δύο περιοχών καθώς δε θα πρέπει να παραβλέπεται η έλλειψη αθλητικών εγκαταστάσεων στα χωριά [43]. Παρόμοια αποτελέσματα παρατηρήθηκαν και στη μελέτη του Λάγγα (2002), όπου η πιθανότητα εκμάθησης κολύμβησης ήταν μεγαλύτερη σε παιδιά που διέμεναν σε αστική περιοχή [41].

Αρκετές μελέτες έδωσαν μεγάλη έμφαση στο ρόλο των κοινωνικών-δημογραφικών χαρακτηριστικών στη βελτίωση της νοοτροπίας και των επιδόσεων των γονέων σε σχέση με την

εφαρμογή προληπτικών μέτρων, κατά των τραυματισμών στο σπίτι. Ο Younesian και οι συν. (2016), παρατήρησαν ότι η ηλικία, η εκπαίδευση και το επάγγελμα της μητέρας ήταν παράγοντες που επηρέαζαν σημαντικά την εφαρμογή προληπτικών μέτρων [44]. Επιπλέον, ο Eldosoky και οι συν. (2012), έδειξαν ότι οι μητέρες με ανώτατη εκπαίδευση (πανεπιστήμιο ή κολλέγιο) και οι μητέρες με υψηλή κοινωνικοοικονομική κατάσταση έχουν καλύτερες προληπτικές συμπεριφορές [45]. Επιπλέον, οι Tomruk και οι συν. (2007), παρατήρησαν ότι η τριτοβάθμια εκπαίδευση βελτιώνει τις γνώσεις και τις στάσεις των μητέρων σχετικά με την πρόληψη τραυματισμών στο σπίτι [46]. Ωστόσο, ο Vladutiu και οι συν. (2006), έδειξαν ότι όταν αξιολογείται η σχέση εφαρμογής προληπτικών μέτρων με τα χαρακτηριστικά της μητέρας, η ηλικία, η εκπαίδευση και η κοινωνικό-οικονομική κατάσταση δεν είχαν καμιά επίδραση στη λήψη προληπτικών μέτρων [47].

Αναφορικά, με τα επικίνδυνα σημεία σε διάφορους χώρους του σπιτιού όπως είναι το μπάνιο, το παιδικό υπνοδωμάτιο, η κουζίνα και το σαλόνι, οι απαντήσεις ποικίλλουν. Οι περισσότεροι γονείς που συμμετείχαν στην έρευνα θεώρησαν επικίνδυνα τα λογικά σημεία των εικόνων, ενώ υπήρχαν και κάποιες μειοψηφίες που είτε δεν θεώρησαν κανένα σημείο επικίνδυνο είτε 20 σημεία.

Συνοψίζοντας, τα αποτελέσματα των συσχετίσεων μέτρων πρόληψης παιδικών ατυχημάτων με τα δημογραφικά και κοινωνικά χαρακτηριστικά της οικογένειας, ενοχοποιούνται οι παράγοντες, ηλικία, μορφωτικό επίπεδο και επάγγελμα γονέων καθώς επίσης και ο τύπος διαμονής της οικογένειας, παράγοντες που έχουν βρεθεί και σε άλλες έρευνες ότι επηρεάζουν την πρόληψη παιδικών ατυχημάτων [27].

Αν και παρατηρείται αυξημένη συχνότητα λήψης προληπτικών μέτρων, εντούτοις πολλά ατυχήματα συμβαίνουν όταν το παιδί είναι υπό επίβλεψη [2]. Αν και σε παλαιότερη μελέτη αμφισβητήθηκε ο ρόλος της γονεϊκής επίβλεψης [48], δεν θα πρέπει να παραβλέπεται το γεγονός ότι η γονεϊκή επίβλεψη μπορεί να μειώσει τον κίνδυνο πρόκλησης ατυχήματος σε παιδιά [49].

Ο ρόλος των γονέων για την πρόληψη παιδικών ατυχημάτων είναι καίριας σημασίας. Τρεις είναι οι κύριες στρατηγικές πρόληψης ατυχημάτων που χρησιμοποιούνται από τους γονείς: α) Περιβαλλοντικές, όπως η απομάκρυνση των κινδύνων και η χρήση του εξοπλισμού ασφαλείας β) η γονεϊκή επίβλεψη και γ) η εκμάθηση κανόνων ασφαλείας και παροχή παραινέσεων στα παιδιά.

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

- 1.Κοφίνας Γ. Παιδικά ατυχήματα στο σπίτι. My life magazine. 2015, 23:26-30.
2. World Health Organization. World Health Organization and Unicef: World Report on Child Injury Prevention. Switzerland (2008).
- 3.Πετρίδου Ε, Τριχόπουλος Δ. Επιδημιολογία και πρόληψη ατυχημάτων και κακώσεων. Αθήνα, Ζήτα Ιατρικές Εκδόσεις, Αθήνα, 2000.
4. Haddon WJ. A note concerning accident theory and research with special reference to motor vehicle accidents. Ann N Y Acad Sci. 1963, 107:635-46.
5. Haddon WJ. On the escape of tigers: an ecologic note. Am J Public Health Nations Health. 1970, 60: 2229-2234.
6. Davis RM, Pless B. BMJ bans “accidents”. BMJ. 2001, 322:1320-1.
7. Petridou E, Alexe DM, McDaid D, Segui-Gomez M. Task Force on Burden of Injuries (BOI) of the European Commission Working Party on Accidents and Injuries (WP-AI). Burden Of Fatal Injuries In The European Union. Report, prepared for the European Commission, DG SANCO. Athens, Greece, 2005.
8. World Health Organization. International Classification of diseases - 9th revision. Geneva: WHO, 1977.
9. Εθνική Σχολή Δημόσιας Υγείας, Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. (2010) ICD-10: Διεθνής Στατιστική Ταξινόμηση Νόσων και Συναφών Προβλημάτων Υγείας Δέκατη Αναθεώρηση, Έκδοση 2008.
10. Centers for Disease Control and Prevention, National Center for Injury Prevention and Control, National Action Plan for Child Injury Prevention. An Agenda to Prevent Injuries and Promote the Safety of Children and Adolescents in the United State, Atlanta, 2012.
11. Υπουργείο Υγείας και Κοινωνικής Αλληλεγγύης. Εθνικό Σχέδιο Δράσης για τα Ατυχήματα, Αθήνα, 2008 – 2012, 2008.
12. Petridou E, Askitopoulou H, Vourvahakis D, Skalkidis Y, Trichopoulos D. Epidemiology of road traffic accidents during pleasure traveling: the evidence from the island of Crete. Accid Anal Prev. 1997, 29:687-693.
13. Reading R, Langford I, Haynes R, Lovett A. Accidents in preschool children: Comparing family and neighborhood risk factors. Social Science and Medicine. 1999, 48(3):321–330.
14. Younesian S, Mahfoozpour S, Ghaffari Shad E, Kariman H, Hatamabadi HR. Unintentional Home Injury Prevention in Preschool Children: a Study of Contributing Factors. Emergency. 2016, 4(2): 72-77.

15. Sengoelge M, Hasselberg M, Laflamme L. Child home injury mortality in Europe: a 16-country analysis. *Eur J Public Health*. 2011, 21(2):166-70.
16. Danseco ER, Miller TR, Spicer RS. Incidence and costs of 1987–1994 childhood injuries: demographic breakdowns. *Pediatrics*. 2000, 105(2):E27.
17. Manheimer DI, Mellinger GD. Personality characteristics of the child accident repeater. *Inj Prev*. 1997, 3(2): 135–143.
18. Thein MM, Lee J, Tay V, Ling SL. Infant walker use, injuries and motor development. *Inj Prev*. 1997, 3: 63-66.
19. Rivara FP, Bergman AB, LoGerfo JP, Weiss NS. Epidemiology of childhood injuries. II. Sex differences in injury rates. *American Journal of Diseases of Children*. 1982, 13:502–506.
20. Office for National Statistics (ONS). Child Mortality Statistics 2009: England and Wales. Πρόσβαση 12/07/17 από http://www.statistics.gov.uk/downloads/theme_health/childmortality/child_mort_stats_2009.pdf 2009 [; Poisoning – Series DH4 No. 28, London].
21. Dal Santo JA, Goodman RM, Glik D, Jackson K. Childhood unintentional injuries: factors predicting injury risk among preschoolers. *J Pediatr Psychol*. 2004, 29(4):273-83.
22. Grossman DC, Rivara FP. Injury control in childhood. *Pediatr Clin North Am*. 1992, 39(3):471-85.
23. Bijttebier P, Vertommen H, Florentie K. Risk-Taking Behaviour as a Mediator of the Relationship between Children's Temperament and Injury Liability. *Psychology and Health*. 2003, 18(5):645-653.
24. Birken CS, Macarthur C. Socioeconomic status and injury risk in children. *Paediatr Child Health*. 2004, 9(5): 323–325.
25. Khan UR, Sengoelge M, Zia N, Razzak JA, Hasselberg M, Laflamme L. Country level economic disparities in child injury mortality. *Arch Dis Child*. 2015, 100 Suppl 1:S29-33.
26. O'Connor TG, Davies L, Dunn J, Golding J. Distribution of accidents, injuries, and illnesses by family type ALSPAC Study Team. *Avon Longitudinal Study of Pregnancy and Childhood*. *Pediatrics*, 2000, 106(5):E68.
27. Kendrick D, Young B, Mason-Jones AJ, Ilyas N, Achana FA, Cooper NJ, Hubbard SJ, Sutton AJ, Smith S, Wynn P, Mulvaney C, Watson MC, Coupland C. Home safety education and provision of safety equipment for injury prevention (Review). *Evid-Based Child Health*. 2013, 8:3: 761–939.
28. Bourquet CC, McArtor RE. Unintentional injuries. Risk factors in preschool children. *Am J Dis Child*. 1989, 143: 556-559.
29. Δεδούκου Ξ. Ατυχήματα και σωματικές κακώσεις στην παιδική ηλικία. Ενημερωτικό Δελτίου Κέντρου Ελέγχου και Πρόληψης Νοσημάτων. 2013, 30:2-3.

30. Pomerantz WJ, Gittelman MA, Hornung R, Husseinzadeh H. Falls in children from birth to 5 years: different mechanisms lead to different injuries. *J Trauma Acute Care Surg.* 2012, 73(4 Suppl 3):S254-7.
31. Child Accident Prevention Trust (CAPT) (2004) 'Factsheet: Falls in the Home'. Πρόσβαση 24/07/17 από <http://www.capt.org.uk/FAQ/default.htm>.
32. Harbourview. Injury Prevention and Research Center / Cochrane Collaboration, Systematic Review Database. Seattle, University of Washington, 2001.
33. Tsoumakas M, Papadopoulou A. Accidents prevention: the role of the pediatrician. *Ann Clin Paediatr Univ Atheniensis.* 2000, 49(3):183-192.
34. Delgado J, Ramírez-Cardich ME, Gilman RH, Lavarello R, Dahodwala N, Bazán A, Rodríguez V, Cama RI, Tovar M, Lescano A. Risk factors for burns in children: Crowding, poverty, and poor maternal education. *Inj Prev.* 2002, 8(1): 38–41.
35. Flanagan R, Rooney C, Griffiths C. Fatal poisoning in childhood, England and Wales, 1968–2000. *Forensic Science International.* 2005, 148:121–129.
36. Χουλάκης Μ, Βλαστός Ι. Ξένα σώματα αναπνευστικής οδού στα παιδιά. *Ιατρικός κόσμος.* 2014, 16:78-81.
37. Benoit R, Watts DD, Dwyer K, Kaufmann C, Fakhry S. Windows 99: a source of suburban pediatric trauma. *J Trauma.* 2000, 49:477–481.
38. Haddon WJ. Energy damage and the ten countermeasure strategies. *J Trauma.* 1973, 13: 321-331.
39. Perkins-Carpenter B. How To Prevent Falls: Better Balance, Independence and Energy in 6 Simple Steps. Senior Fitness Productions, USA, 2005.
40. Tsoumakas K, Dousis E, Mavridi F, Gremou A, Matziou V. Parent's adherence to children's home-accident preventive measures. *Int Nurs Rev.* 2009 ;56(3):369-74.
41. Λάγγας Δ. Παιδικά ατυχήματα και γονεϊκές συμπεριφορές. Διδακτορική διατριβή. Εθνικό και Καποδιστριακό Πανεπιστήμιο Αθηνών, Ιατρική σχολή, 2002.
42. European Child Safety Alliance. Parents' Perceptions of Child Safety. A 14 country study. 2001.
43. Durkin MS, Davidson LL, Kuhn L, O' Connor P, Barlow B. Low income neighborhoods and the risk of severe pediatric injury: a small-area analysis in Northern Manhattan. *Am J Public Health.* 1994; 84: 587-593.
44. Younesian S, Mahfoozpour S, Ghaffari Shad E, Kariman H, Hatamabadi HR Unintentional Home Injury Prevention in Preschool Children; a Study of Contributing Factors. *Emerg (Tehran).* 2016; 4(2):72-7.

45. Eldosoky R. Home-related injuries among children: knowledge, attitudes and practice about first aid among rural mothers. *East Mediterr Health J.* 2012; 18(10):1021–7.
46. Tomruk O, Soysal S, Gunay T, Cimrin AH. First aid: Level of knowledge of relatives and bystanders in emergency situations. *Adv Ther.* 2007; 24(4):691–9.
47. Vladutiu C, Nansel T, Weaver N, Jacobsen H, Kreuter M. Differential strength of association of child injury prevention attitudes and beliefs on practices: a case for audience segmentation. *Inj Prev.* 2006; 12(1):35–4
48. Roberts I. Parental supervision: a popular myth. *Inj Prev.* 1996; 2: 9-10.
49. Ablewhite J, McDaid L, Hawkins A, Peel I, Goodenough T, Deave T, Stewart J, Watson M, Kendrick D. Approaches used by parents to keep their children safe at home: a qualitative study to explore the perspectives of parents with children aged under five years. *BMC Public Health.* 2015; 15:983.

ΠΑΡΑΡΤΗΜΑ
ΕΡΩΤΗΜΑΤΟΛΟΓΙΟ ΑΤΥΧΗΜΑΤΩΝ

ΓΕΝΙΚΑ

1) Αριθμός παιδιών

--

2) Ηλικία παιδιού (έτη)

1-2 2-3 3-4 4-5 5-6

--	--	--	--	--

2) Φύλο παιδιού

Αγόρι- Κορίτσι

--	--	--	--	--

4) Τόπος διαμονής

Πόλη/Χωριό

--	--

5) Επάγγελμα γονέων:

α) μητέρας

β) πατέρα

Άνεργος

--	--

Οικιακά

--	--

Αγρότης

--	--

Δημόσιος υπάλληλος

--	--

Ιδιωτικός υπάλληλος

--	--

Ελεύθερος επαγγελματίας

--	--

Συνταξιούχος

--	--

Άλλο

--	--

6) Ηλικία γονέων (έτη) α) Μητέρας

έως 20 20-30 30-40 40-50 άνω των 50

--	--	--	--	--

β) Πατέρα

έως 20 20-30 30-40 40-50 άνω των 50

--	--	--	--	--

7) Εκπαίδευση γονέων

α) μητέρας

β) Πατέρα

Αναλφάβητος

--	--

Δημοτικό

--	--

Γυμνάσιο

--	--

Λύκειο

--	--

ΑΕΙ / ΤΕΙ

--	--

Μεταπτυχιακός – διδακτορικός
τίτλος

--	--

ΕΠΙΠΕΔΟ ΕΤΟΙΜΟΤΗΤΑΣ

1. Έχετε στο οικογενειακό σας φαρμακείο είδη που
απαιτούνται για την αντιμετώπιση
των μικροατυχημάτων στο σπίτι;

ΝΑΙ ΟΧΙ

--	--

2. Ξέρετε τι είναι το σιρόπι ιπεκακουάνας;

Αν ναι,

2α. Έχετε στο σπίτι σας;

--	--

2β. Ξέρετε να το χρησιμοποιήσετε;

--	--

3. Ξέρετε τι είναι το Κέντρο Δηλητηριάσεων;

--	--

α. Ξέρετε πώς να το συμβουλευθείτε;

--	--

ΠΡΟΛΗΨΗ – ΠΡΟΦΥΛΑΞΗ

1.Κλειδώνετε την εξώπορτα του διαμερίσματός σας;

Πάντα Συχνά Μερικές φορές Σπάνια

--	--	--	--

2.Εχετε προστατευτικό δίχτυ στον εξώστη σας;

--	--	--	--

3.Φροντίζετε οι επικίνδυνες για την υγεία του ουσίες (φάρμακα, είδη καλλωπισμού, αιχμηρά αντικείμενα) να:

--	--	--	--

α) Είναι σε υψηλό σημείο για να μην τα φθάνει το παιδί;

--	--	--	--

β Είναι κλειδωμένα;

4. Φροντίζετε οι ακατάλληλες για την υγεία τροφές (π.χ.ξηροί καρποί) να είναι σε ασφαλή σημεία;

--	--	--	--

5).Προσέχετε που αφήνετε τα τσιγάρα, τα σπύρτα ,τον αναπτήρα σας;

--	--	--	--

6).Φροντίζετε να μην παίζει με παιχνίδια ή αντικείμενα που είναι επικίνδυνα για την ηλικία του;

--	--	--	--

7.Όταν σερβίρετε ζεστά ποτά, προσέχετε που τα αφήνετε;

--	--	--	--

8.Οταν μαγειρεύετε, ξέρετε που βρίσκεται το παιδί σας;

--	--	--	--

9.Έχετε ασφαλίσει κατάλληλα τις παροχές ρεύματος στο σπίτι σας;

--	--	--	--

10.Το αφήνετε μόνο του κοντά στη θάλασσα;

--	--	--	--

11.Το αφήνετε να παίζει μόνο του στην παιδική χαρά;

--	--	--	--

12.Το κρατάτε από το χέρι, όταν περπατάτε στο δρόμο;

--	--	--	--

13.Τα έπιπλα έχουν αποστρογγυλωμένες άκρες;

--	--	--	--

ΑΓΩΓΗ ΥΓΕΙΑΣ (για τα παιδιά πάνω από 3,5 ετών)

Του έχετε εξηγήσει – συμβουλευθεί

ΝΑΙ ΟΧΙ

1. Να μην ανοίγει την εξώπορτα;

--	--

2. Να μη βάζει τα χέρια του ή τα πόδια του ανάμεσα
σε κάγκελα;

--	--

3. Να μην ανεβαίνει σε έπιπλα;

--	--

4. Να μην πατάει στο πάτωμα που μόλις καθαρίσατε;

--	--

5. Την αποφυγή ορισμένων επικίνδυνων ουσιών;

--	--

6. Τη χρήση και τον κίνδυνο ορισμένων συσκευών
(π.χ. σίδερο, ηλεκτρικό μάτι, κουζίνα, διακόπτες.);

--	--

7. Πώς να συμπεριφέρεται στα ζώα, για να μην
το δαγκώσουν;

--	--

8. Τι να προσέχει στην παιδική χαρά για να μην κτυπήσει;

--	--

9. Έχει μάθει κολύμπι;

--	--



Βάλτε σε κύκλο τα σημεία της εικόνας που θεωρείτε επικίνδυνα για το παιδί σας.



Βάλτε σε κύκλο τα σημεία της εικόνας που θεωρείτε επικίνδυνα για το παιδί σας.



Βάλτε σε κύκλο τα σημεία της εικόνας που θεωρείτε επικίνδυνα για το παιδί σας.



Βάλτε σε κύκλο τα σημεία της εικόνας που θεωρείτε επικίνδυνα για το παιδί σας.

